

TESIS

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* BERBASIS *CARING* TERHADAP
KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN *ACTIVITY*
DAILY LIVING DAN SOSIALISASI PENDERITA SKIZOFRENIA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BALONG PONOROGO**



OLEH:

GANDES WIDYA HENDRAWATI

NIM.131614153093

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* BERBASIS *CARING* TERHADAP
KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN *ACTIVITY*
DAILY LIVING DAN SOSIALISASI PENDERITA SKIZOFRENIA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BALONG PONOROGO

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

OLEH:

GANDES WIDYA HENDRAWATI
NIM.131614153093

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah
saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Gandes Widya Hendrawati

NIM : 131614153093

TandaTangan :



Tanggal : 25 Juli 2018


LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* BERBASIS *CARING*
TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM
MENINGKATKAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DAN
SOSIALISASI PENDERITA SKIZOFRENIA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BALONG PONOROGO**

Oleh :
Gandes Widya Hendrawati
NIM. 131614153093


TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 25 Juli 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196701012000031002

Pembimbing Kedua



Eka Misbahatul. M.Has, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198509112012122001

Mengetahui,
Ketua Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Gandes Widya Hendrawati
NIM : 131614153093
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Ponorogo

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 25 Juli 2018

Panitia penguji,

- 1 Ketua Penguji : Dr. Windhu Purnomo, dr, MS
- 2 Anggota : Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes
- 3 Anggota : Eka Mishbahatul, M.Has, S.Kep.Ns, M.Kep
- 4 Anggota : Dr. Sri Utami. S.Kp, M.Kes
- 5 Anggota : Dr. Retno Indarwati, S.Kep.Ns, M.Kep

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001



KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah. SWT, karena atas limpahan rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul “Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Ponorogo”.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. DR. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
2. DR. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan dan motivasi secara maksimal dalam penyelesaian penelitian ini.
3. DR. Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing pertama, yang telah memberikan arahan dan bimbingan dengan sangat sabar.
4. Ibu Eka Misbahatul. M. Has, S.Kep.Ns, M.Kes, selaku pembimbing kedua, yang telah memberikan arahan dan motivasi yang luar biasa.
5. Ibu Esti Sugiyorini, APP, MPH, selaku Direktur Akper Pemkab Ponorogo yang telah memberikan ijin belajar dan memberikan motivasi untuk kami.
6. dr.Akh. Imam Asy'arлак, selaku Kepala Puskesmas Balong Ponorogo, yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Balong.
7. Responden. Terimakasih telah menjadi bagian dari penelitian ini. Semoga tali silaturahmi tetap terjaga meskipun penelitian ini sudah selesai.

8. Suamiku, terimakasih atas pengertiannya dan menjadi ayah yang tangguh menjaga anak-anak disaat saya menuntut ilmu.
9. Orang tuaku. Terimakasih atas motivasi dan doanya yang tidak pernah terputus memohon kepada Allah SWT demi kemudahan dan kelancaranku menyelesaikan pendidikan ini.
10. Anak-anakku dan seluruh keluargaku yang begitu pengertian dan selalu memberikan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan penelitian ini.
11. Teman-teman Magister Keperawatan Universitas Airlangga angkatan IX (khususnya Peminatan Jiwa), yang selalu kompak dan saling mendukung demi terselesaikannya penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa Tesis ini masih jauh dari sempurna. Penulis sangat mengharapkan saran dan kritik membangun demi kesempurnaan tesis ini. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat sebaik-baiknya.

Surabaya, Juli 2018

Penulis

Gandes Widya Hendrawati

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Airlangga, saya akan bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Gandes Widya Hendrawati

NIM : 131614153093

Program Studi : Magister

Departemen : Keperawatan Jiwa

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Ponorogo” Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 25 Juli 2018

Yang menyatakan



(Gandes Widya Hendrawati)

RINGKASAN

PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* BERBASIS *CARING* TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DAN SOSIALISASI PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BALONG PONOROGO

Oleh :
Gandes Widya Hendrawati

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusianasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Salah satu *support system* yang dapat diberdayakan adalah keluarga, karena keluarga adalah bagian yang tidak terpisahkan dari individu. Keluarga merupakan bagian penting pada saat seseorang mengalami berbagai macam persoalan, salah satunya adalah gangguan kesehatan. Peran keluarga sejak awal akan meningkatkan keberhasilan perawatan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien sangat diperlukan. Peran keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa cenderung lebih baik setelah mendapat terapi keluarga. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh *Family Psychoeducation (FPE)* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan *activity daily living* dan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

Teori *caring* digunakan sebagai landasan pemberian perawatan keluarga kepada penderita skizofrenia. Secara garis besar *caring* diartikan sebagai perhatian dengan wujud mengetahui, mengajak, mengajarkan, membimbing dan mendampingi penderita skizofrenia dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan bersosialisasi dengan orang lain.

Metode penelitian menggunakan desain *True Experimental (pre & post test) design*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga penderita skizofrenia yang mengalami masalah dalam pemenuhan ADL dan sosialisasi. Jumlah populasi adalah 112 orang. Besar sampel pada penelitian ini adalah 62 responden yang dibagi menjadi dua, yaitu 31 responden dalam kelompok intervensi dan 31 responden dalam kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling* menggunakan lotre. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah keluarga yang merawat langsung dan tinggal satu rumah, berusia diatas 17 tahun, dapat berkomunikasi dengan baik, bisa membaca dan menulis, kooperatif dan bersedia berpartisipasi penuh dalam penelitian. Kriteria eksklusi: keluarga yang sudah pernah mendapatkan FPE dari media massa maupun dari RS/RSJ. Variabel Dependen: kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia, variabel independen: FPE berbasis *caring*. Instrumen penelitian: *checklist*, kuesioner, modul, *booklet*. Hasil uji validitas dengan teknik korelasi *pearson product moment* menunjukkan kuesioner valid dan uji reliabilitas dengan metode *Alpha Cronbach* menunjukkan hasil kuesioner reliabel sehingga kuesioner dapat digunakan. Hasil penelitian setelah melalui uji *Mann Whitney Test* menunjukkan FPE dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi secara bermakna dengan nilai signifikansi 0,000 yang berarti dibawah $\alpha = 0.05$. Melalui uji Mann-Whitney Test didapatkan p 0,000 yang berarti $p < 0.05$. Dapat disimpulkan bahwa pemberian FPE mempengaruhi kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia. Setelah diberikan intervensi FPE berbasis *caring* responden pada kelompok intervensi kemampuannya dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia meningkat dari 12,90% yang mampu menjadi 77,42% yang mampu. Sedangkan pada

kelompok kontrol kemampuan meningkatkan ADL penderita skizofrenia pada pretest dan posttest hasilnya sama, yaitu 12,90% yang mampu. Kemampuan penderita pada kelompok intervensi dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia setelah mendapatkan intervensi mengalami peningkatan, yaitu dari 9,68% yang mampu menjadi 64,52% yang mampu. Pada kelompok kontrol kemampuan meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia pada pretest dan posttest hasilnya sama, yaitu 12,90% yang mampu

Penelitian ini menemukan hasil bahwa *family psychoeducation* berbasis *caring* bermanfaat untuk membantu keluarga meningkatkan kemampuannya dalam merawat anggota keluarganya dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi. Terbukti pada kelompok intervensi sebelum diberikan FPE berbasis *caring*, kemampuan keluarga meningkatkan ADL penderita adalah mayoritas cukup mampu. Setelah intervensi menjadi mayoritas mampu. Kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi sebelum intervensi, mayoritas tidak mampu, dan setelah diberikan intervensi menjadi mayoritas mampu. Pada kelompok kontrol, kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL pada pretest dan post test hasilnya adalah sama, yaitu mayoritas kurang mampu. Dan kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia pada pre test dan pos test hasilnya mayoritas tetap pada kategori kurang mampu. Keluarga harus mengetahui masalah penderita, mengajak mengatasi masalah, mengajarkan atau membimbing penderita dan mendampingi penderita dalam mengerjakan aktivitasnya, baik aktivitas sehari-hari maupun sosialisasi. Diperlukan kesadaran, kepedulian dan motivasi keluarga untuk merawat penderita skizofrenia. Perawatan secara konsisten dan kontinyu akan memberikan hasil yang optimal, yaitu peningkatan ADL dan sosialisasi secara bertahap sampai akhirnya penderita menjadi mandiri dalam ADL dan sosialisasi.

Sesuai dengan hasil penelitian yang didapat maka dapat disimpulkan bahwa pemberian FPE berbasis *caring* kepada keluarga penderita skizofrenia mempengaruhi dan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia. Sehingga intervensi FPE berbasis *caring* ini hendaknya dapat diberikan oleh petugas/perawat untuk melatih keluarga merawat penderita skizofrenia di rumah.

SUMMARY

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION BASED ON CARING TO FAMILY ABILITY IN IMPROVING ACTIVITY DAILY LIVING AND SOCIALIZATION OF SKIZOFRENIA PATIENTS IN THE COMMUNITY HEALTH CENTER REGION BALONG PONOROGO

By :

Gandes Widya Hendrawati

Schizophrenia is a severe psychiatric disorder characterized by a decline or inability to communicate, a disturbance of reality (hallucinations or misunderstanding), unnatural or dull affects, cognitive impairment (incapable of abstract thinking) and difficulty in daily activities. one of the obstacles in the healing effort of mental patients is the knowledge of society and family. One support system that can be empowered is the family, because the family is an integral part of the individual. Family is an important part when a person experiences a variety of problems, one of which is a health disorder. Family role from the beginning will increase the success of care and family ability in caring for clients is needed. The role of families in the care of mental disorder clients tends to be better after receiving family therapy. The purpose of this study is to explain the effect of caring Family Psychoeducation (FPE) on the ability of the family in improving daily living activity and the socialization of schizophrenia in the work area of Balong Ponorogo Community Health Center.

Caring theory is used as the foundation of providing family care to people with schizophrenia. In general, caring is defined as attention to knowing, inviting, teaching, guiding and assisting people with schizophrenia in carrying out daily activities and socializing with others.

This approach uses the true Experimental (pre & post test) Design approach. The population is 112 people. The sample size in this research is 62 respondents divided into two, ie 31 respondents in the intervention group and 31 respondents in the control group. Sampling technique with simple random sampling using lottery. The inclusion criteria in this study were a family that cared directly and lived in one house, over 17 years old, able to communicate well, be able to read and write, cooperative and willing to participate fully in research. Exclusion criteria: families who have received FPE from mass media or from RS / RSJ. Dependent variables: the ability of families to improve ADL and socialization of schizophrenics, independent variables: FPE-based caring. Research instruments: checklist, questionnaire, workbook, module, booklet. The validity and reliability test results show the valid and reliable questionnaire so that the questionnaire can be used. The results after the Mann Whitney Test showed that FPE can improve the ability of families in improving ADL and socialization significantly with a significance value of 0,000 which means under $\alpha = 0.05$. Through Mann-Whitney Test test obtained p value Mann Whitney 0,000 which means smaller than $\alpha = 0.05$. It can be concluded that giving FPE affects the family's ability to increase ADL and socialization of schizophrenia. After the intervention of FPE-based caring of respondents in the intervention group its ability to increase ADL of schizophrenia increased from 12.90% which was able to be 77.42% capable. While in the control group the ability to increase the ADL of schizophrenia in pretest and posttest result is the same, that is 12.90% capable. The ability of the patients in the intervention group to improve the socialization of schizophrenia patients after getting intervention has increased, ie from 9.68% able to be 64.52% capable. In the control group the ability to increase the socialization of schizophrenia in pretest and posttest result is the same, that is 12.90%

This study found out that caring-based family psychoeducation is useful to help families improve their ability to care for their family members in ADL improvement and

socialization. Evident in the intervention group before the caring-based FPE was administered, the family's ability to increase ADL sufferers was a fairly well-off majority. After the intervention becomes the majority able. The family's ability to improve socialization prior to the intervention, the majority is incapable, and after being given interventions to be the majority able. In the control group, the ability of families to increase ADL in pretest and post test results was the same, ie the majority were less able. And the ability of families to improve the socialization of schizophrenic patients in pre test and post test results remain the majority in the category of less able. The family must know the problem of the patient, invite overcome the problem, teach or guide the patient and accompany the patient in doing his activities, both daily activities and socialization. It takes awareness, care and family motivation to treat people with schizophrenia. Continuous and continuous treatment will give optimal results, ie ADL increase and socialization gradually until the patient becomes independent in ADL and socialization.

In accordance with the results obtained research it can be concluded that the provision of caring-based FPE to families of schizophrenia affect and can improve the ability of families in improving ADL and socialization of schizophrenic patients. So the caring-based FPE intentions should be provided by the officer / nurse to train family caring for schizophrenic at home

ABSTRAK

PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* BERBASIS *CARING* TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DAN SOSIALISASI PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BALONG PONOROGO

Oleh :

Gandes Widya Hendrawati

Introduction: *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* adalah salah satu elemen program perawatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Peran keluarga sejak awal akan meningkatkan keberhasilan perawatan penderita skizofrenia Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh *family psychoeducation (FPE)* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia.

Method: menggunakan pendekatan *True Experimental (pre & post test) Design*. Jumlah populasi 112 orang. Besar sampel 62 responden dibagi menjadi dua, yaitu 31 responden dalam kelompok intervensi dan 31 responden dalam kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling* menggunakan lotre. Variable Dependen: kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia, variable independen: FPE berbasis *caring*. Instrumen penelitian: checklist, kuesioner, buku kerja, modul, booklet.

Result: FPE berbasis *caring* dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia

Analyzed: analisis menggunakan *Mann Whitney Test* bahwa FPE secara bermakna dapat meningkatkan kemampuan keluarga ($t = 0,000 < 0,05$) dan FPE mempengaruhi secara signifikan kemampuan keluarga ($t = 0,000 < 0,05$)

Discuss and conclusion: FPE berbasis *caring* bermanfaat untuk membantu keluarga meningkatkan kemampuannya dalam merawat anggota keluarganya dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi. Perawatan secara konsisten dan kontinyu akan memberikan hasil yang optimal, yaitu peningkatan ADL dan sosialisasi secara bertahap sampai akhirnya penderita menjadi mandiri dalam ADL dan sosialisasi.

Kata kunci: FPE, *caring*, kemampuan keluarga, ADL, sosialisasi

ABSTRACT

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION BASED ON CARING TO FAMILY ABILITY IN IMPROVING ACTIVITY DAILY LIVING AND SOCIALIZATION OF SKIZOFRENIA PATIENTS IN THE COMMUNITY HEALTH CENTER WORKING REGION BALONG PONOROGO

By :
Gandes Widya Hendrawati

Introduction Caring-based family Psychoeducation is one element of family life care programs by providing information and education through therapeutic communication. The role of the family from the beginning will improve the success of care. The purpose of this study is to explain the influence of caring-based family psychoeducation (FPE) on the ability of families to improve ADL and socialization of schizophrenic patients.

Method: used the True Experimental approach (pre & post test) Design. The population is 112 people. Sample size 62 respondents divided into two, ie 31 respondents in the intervention group and 31 respondents in the control group. Sampling technique with simple random sampling using lottery. Dependent Variable: the ability of families to improve ADL and socialization of schizophrenia, independent variable: FPE-based caring. Research instrument: checklist, questionnaire, module, booklet.

Result: FPE-based caring can improve the family's ability to increase ADL and socialization of schizophrenic patients

Analyzed: analyzed used Mann Whitney Test that FPE significantly improved family ability ($t = 0,000 < 0,05$) and FPE significantly affected family ability ($t = 0,000 < 0,05$)

Discuss and conclusion: FPE-based caring is useful to help families improve their ability to care for their family members in improved ADL and socialization. Continuous and continuous treatment will give optimal results, ie ADL increase and socialization gradually until the patient becomes independent in ADL and socialization.

Keywords: FPE, caring, family ability, ADL, socialization

DAFTAR ISI**Halaman**

Halaman Judul Depan.....	I
Halaman Judul.....	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas.....	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	v
Kata pengantar.....	vi
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Tesis.....	viii
Ringkasan.....	ix
<i>Summary</i>	xi
Abstrak	xiii
<i>Abstract</i>	xiv
Daftar Isi.....	xv
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Gambar.....	xviii
Daftar Lampiran.....	xix
Daftar Singkatan dan Lambang.....	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan penelitian.....	10
1.3.1 Tujuan Umum.....	10
1.3.2 Tujuan Khusus.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	11
1.4.1 Manfaat Praktis.....	11
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Konsep skizofrenia.....	13
2.2 Konsep <i>Activity Daily Living</i>	21
2.3 Konsep sosialisasi.....	25
2.4 Konsep keluarga.....	31

2.5 Terapi Keluarga.....	36
2.6 Terapi Psikoedukasi keluarga.....	38
2.7 Konsep Teori <i>Caring</i> Kristen Swanson.....	42
2.8 Konsep <i>family Psychoeducation berbasis caring</i>	51
2.9 Keaslian Penelitian.....	54
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	58
3.1 Kerangka Konsep.....	58
3.2 Hipotesis.....	63
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	66
4.1. Desain Penelitian.....	66
4.2. Populasi dan Sampel	67
4.3. Teknik sampling.....	68
4.4. Kerangka Operasional.....	71
4.5. Variabel Penelitian.....	71
4.6. Definsi Operasional Variabel.....	72
4.7. Instrumen Penelitian.....	73
4.8. Lokasi dan waktu Penelitian.....	76
4.9. Prosedur Penelitian.....	76
4.10. Analisis Penelitian.....	78
4.11. Etik Penelitian.....	80
BAB 5. HASIL PENELITIAN.....	83
5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	83
5.2. Hasil Penelitian.....	84
BAB 6. PEMBAHASAN.....	93
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN.....	109
DAFTAR PUSTAKA.....	112

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Keaslian Penelitian	52
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian <i>Quasy Eksperiment</i> menurut Nursalam (2013)	71
Tabel 4.2	Definisi Operasional Variabel	72
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden keluarga penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas	81
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi karakteristik penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo	87
Tabel 5.3	Kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong	88
Tabel 5.4	Kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo	89
Tabel 5.5	Hasil Uji pre test sampel berpasangan dan sampel bebas pada kemampuan keluarga meningkatkan ADL	90
Tabel 5.6	Hasil Uji post test sampel berpasangan dan sampel bebas pada kemampuan keluarga meningkatkan ADL	90
Tabel 5.7	Hasil Uji pre test sampel berpasangan dan sampel bebas pada kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi	91
Tabel 5.8.	Hasil Uji post test sampel berpasangan dan sampel bebas pada kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Kajian masalah <i>Family Psychoeducation</i> berbasis <i>caring</i> terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan <i>Activity Daily Living</i> dan sosialisasi penderita skizofrenia	8
Gambar 3.1	Kerangka konsep penelitian pengembangan model terapi keluarga berbasis <i>Caring</i> pada keluarga penderita skizofrenia	61
Gambar 4.1	Kerangka Kerja pemberian intervensi FPE (<i>Family Psychoeducation</i>) berbasis <i>caring</i> pada keluarga penderita skizofrenia	67

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Sertiikat Uji Etik	117
Lampiran 2 : Surat Rekomendasi Penelitian.....	118
Lampiran 3 : SOP pelaksanaan FPE berbasis <i>caring</i>	119
Lampiran 4 : <i>Checklist</i> Panduan <i>Screening</i>	122
Lampiran 5 : Lembar Penjelasan dan <i>Informed Concern</i>	123
Lampiran 6 : Kuesioner Penelitian.....	125
Lampiran 7 : Data Demografi.....	130
Lampiran 8 : Uji Validitas dan Reliabilitas.....	134
Lampiran 9 : Hasil Uji Statistik.....	137

DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG

Daftar Singkatan

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
FPE	: <i>Family Psychoeducation</i>
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa
ODMK	: Orang dengan Masalah Kejiwaan
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Prov.	: Provinsi
Riskesdas	: Riset Kesehatan Daerah
RTL	: Rencana Tindak Lanjut
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
WHO	: World Health Organization

Daftar Lambang

α	: Tingkat Kemaknaan
N	: Populasi
n	: Sampel
K	: Subjek
d	: Tingkat Signifikasi
<	: Kurang dari
>.	: Lebih dari
.	: Titik
,	: Koma
?	: Tanda Tanya

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi (Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009). Kesehatan dapat menjadi investasi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia sehingga kesehatan memberikan makna bahwa kesehatan harus dilihat secara keseluruhan dimana kesehatan jiwa menjadi salah satu bagian yang sangat penting dalam hal tersebut.

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi seluruh masyarakat dalam rangka mewujudkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya. Masyarakat diharapkan berpartisipasi aktif dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri, sehingga masyarakat bukan hanya menjadi sasaran tetapi juga menjadi pelaksana dalam pembangunan kesehatan jiwa. Sesuai dengan visi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat. Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah masyarakat yang sadar, mampu mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan oleh penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat termasuk masalah kesehatan jiwa (Farid, 2008 dalam Wiyati, 2010).

Kesehatan jiwa bisa dikatakan sebagai suatu kondisi sehat baik emosional, psikologis, dan juga sosial yang ditunjukkan dalam hubungan interpersonal yang memuaskan antara individu dengan individu lainnya, memiliki coping yang efektif, konsep diri positif dan emosi yang stabil (Videbeck, 2010).

Gangguan jiwa adalah suatu respon maladaptif dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma lokal atau budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan atau fisik (Townsend, 2005). WHO menyebutkan masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah skizofrenia, depresi unipolar, penggunaan alkohol, gangguan bipolar, gangguan obsesif kompulsif (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia adalah masalah dengan prevalensi terbanyak dengan beberapa gejala *psychotic disorder*. Prevalensi berkisar tujuh dalam seribu orang dewasa. Dan menjadi delapan tertinggi penyebab gangguan mental pada remaja dan dewasa (WHO, 2013 dalam M-S. Ran, 2015).

Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Perubahan perilaku yang sering muncul adalah gangguan dalam aktivitas sehari-hari dan gangguan dalam berhubungan sosial dengan orang lain (Gusdiansyah, 2016).

Data dalam *American Psychiatric Association* (APA) tahun 1995 menyebutkan 1% penduduk dunia akan mengidap gangguan jiwa. Jumlah tiap

tahun makin bertambah dan akan berdampak bagi keluarga dan masyarakat (Kaplan & Saddock, 2005).

Prevalensi gangguan jiwa menurut WHO tahun 2013 mencapai 450 juta jiwa diseluruh dunia, dalam satu tahun sesuai jenis kelamin sebanyak 1,1 wanita, pada pria sebanyak 0,9 sementara jumlah yang mengalami gangguan jiwa seumur hidup sebanyak 1,7 wanita dan 1,2 pria (Edo,2016). Data dari Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2013 menunjukkan 1,7 jiwa atau 1-2 orang dari 1.000 warga di Indonesia menderita gangguan jiwa. Jumlah ini cukup besar, artinya 50 juta atau sekitar 25 % dari jumlah penduduk indonesia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Hasil Survey Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) menunjukkan gangguan mental emosional pada usia di atas lima belas tahun adalah 140 orang per 1.000 penduduk dan usia lima sampai empat belas tahun sebanyak 104 orang per 1.000 penduduk (Maramis,2006). Jumlah Penderita gangguan jiwa di Propinsi Jawa Timur pada tahun 2013 menunjukkan angka 2,2 jiwa berdasarkan data jumlah penduduk Jawa Timur yaitu 38.005.413 jiwa, maka dapat disimpulkan 83.612 jiwa yang mengalami gangguan jiwa di Jawa Timur.

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, jumlah penderita gangguan jiwa pada tahun 2010 sebanyak 2.301 orang, sedangkan pada tahun 2014, penderita gangguan jiwa mencapai 2561 jiwa. Pada data tersebut menyebutkan bahwa daerah yang paling banyak penderita gangguan jiwa terdapat pada Kecamatan Sukorejo (202 orang), Kecamatan Jambon (177 orang), dan Kecamatan Balong (164 orang) . Jumlah penderita gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo pada tahun 2016 sebanyak 185

orang, dan pada bulan Januari hingga bulan Juni 2017 terdapat 12 penderita baru, sehingga jumlah penderita gangguan jiwa sebanyak 197 orang dan 4 orang diantaranya dipasung.

Beban yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa sangat besar. Hasil studi Bank Dunia menunjukkan, *global burden of disease* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1 persen, jauh lebih tinggi dari tuberkulosis (72%), kanker (58%), penyakit jantung (4,4 %), atau malaria (2,6%) (Kompas, 2007). Menurut Chandra (2001), *Health and Behaviour Advisor* dari WHO Wilayah Asia Tenggara (WHO-SEARO), meski bukan penyebab utama kematian, gangguan jiwa merupakan penyebab utama disabilitas pada kelompok usia paling produktif, yakni antara 15 - 44 tahun. Dampak sosial berupa penolakan, pengucilan, dan diskriminasi. Begitu pula dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat, serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat. Dampak secara psikologis juga akan dirasakan oleh keluarga berupa stress, kejenuhan dan putus asa karena harus merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa dalam waktu yang lama.

Menurut Hawari (2003) salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Keluarga dan masyarakat menganggap gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa adalah sebagai akibat dari dilanggarnya larangan, guna-guna, santet, kutukan dan sejenisnya

berdasarkan kepercayaan supranatural. Dampak dari kepercayaan masyarakat dan keluarga, upaya pengobatan pasien gangguan jiwa dibawa berobat ke dukun atau paranormal. Kondisi ini diperberat dengan sikap keluarga yang cenderung memperlakukan pasien dengan disembunyikan, diisolasi, dikucilkan bahkan sampai ada yang dipasung. Keluarga merupakan faktor yang sangat penting dalam proses kesembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Kondisi keluarga yang terapeutik dan mendukung klien sangat membantu kesembuhan klien dan memperpanjang kekambuhan.

Peran keluarga sejak awal akan meningkatkan keberhasilan perawatan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien sangat diperlukan. Peran keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa cenderung lebih baik setelah mendapat terapi keluarga (Nasr, 2013).

Family Psychoeducation (FPE) untuk keluarga penderita gangguan jiwa selama ini sebenarnya sudah diberikan, tetapi hasilnya masih belum optimal. Terbukti masih banyaknya penderita yang mengalami kekambuhan dan putus obat. Salah satu faktor yang menjadi penyebab tingginya angka kekambuhan gangguan jiwa adalah tidak tahunya keluarga cara menangani klien gangguan jiwa ketika kembali berada pada lingkungan keluarga. Seperti yang disampaikan oleh Iyus (2007) dalam seminar tentang kesehatan jiwa masyarakat bahwa klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena mendapatkan perlakuan yang salah selama di rumah atau di masyarakat. Selain dari kekambuhan ,

klien gangguan jiwa juga tidak optimal dalam menjalankan aktivitasnya tentang kegiatan sehari-hari (ADL/*Activity Daily Living*) dan aktivitas social. Kurangnya kemampuan dalam melakukan ADL dan aktivitas sosial adalah akibat dari penurunan kemampuan realitas yang menyebabkan ketidakpedulian terhadap diri dan lingkungannya.

Banyak metode yang dapat dilakukan dalam menangani pasien gangguan jiwa yaitu dengan pemberian obat-obatan dan penanganan secara psikologis baik yang dilakukan dokter maupun perawat melalui pemberian terapi. Selain tenaga kesehatan, keluarga juga sangat berperan dalam proses penyembuhan gangguan jiwa pada pasien. Peran serta keluarga dalam penanganan pasien gangguan jiwa menjadi penting dimana individu memulai hubungan interpersonalnya didalam lingkungan keluarga. Keluarga juga membantu individu dalam belajar mengembangkan nilai, keyakinan, sikap serta perilaku sehingga individu siap berperan di dalam masyarakat.

Menurut Friedman (2010) salah satu *support system* yang dapat diberdayakan adalah keluarga, karena keluarga adalah bagian yang tidak terpisahkan dari individu. Keluarga merupakan bagian penting pada saat seseorang mengalami berbagai macam persoalan, salah satunya adalah gangguan kesehatan.

Orang dengan skizofrenia membutuhkan dukungan dan pengetahuan mengenai kebersihan diri, berpakaian, berbelanja, memasak, dan membereskan rumah, mengatur keuangan, membangun hubungan sosial dan manajemen waktu. Bekerja akan mengalami banyak kesulitan dan banyak orang dengan skizofrenia yang tidak bekerja walaupun mereka

menginginkannya. Saat mereka bekerja, mereka akan sangat membutuhkan dukungan terkait manajemen pengobatan dan pekerjaan dan kejelasan tentang status kesehatan mereka (Chang & Johnson, 2008).

Penelitian Tanvier Nasr (2013) tentang *family psychoeducation*/psikoedukasi keluarga pasien skizofrenia didapatkan hasil bahwa keluarga yang mendapatkan edukasi dan menerapkannya dengan baik, bebannya menjadi lebih ringan karena bisa merawat sendiri keluarganya dengan baik sehingga tidak tergantung petugas kesehatan dan obat-obatan. Tindakan keluarga yang sangat penting adalah setelah klien pulang ke rumah, keluarga menemani klien melakukan perawatan lanjutan pada puskesmas atau rumah sakit terdekat, misalnya pada bulan pertama: 2 kali per bulan, bulan kedua: 2 kali perbulan, bulan ketiga: 2 kali per bulan dan selanjutnya 1 kali perbulan (Keliat, 1996).

Psikoedukasi ini akan mudah terlaksana apabila keluarga mendukung penyembuhan dan pemulihan anggota keluarga yang mengalami gangguan psikologis (Wiyati, 2010). Manfaat terapi psikoedukasi bagi keluarga yaitu dapat memiliki kemampuan untuk merawat klien dan mengatasi masalah yang timbul karena merawat klien, sedangkan manfaat bagi klien yaitu mendapatkan perawatan yang optimal yang diberikan oleh keluarga.

Penelitian menunjukkan bahwa angka kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga sebesar 25% - 50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga 5% - 10% (Keliat, 2006). Keluarga sebagai ”perawat utama” dari klien memerlukan *treatment* untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat klien.

Penelitian psikoedukasi keluarga yang dilakukan oleh Ruti Wiyati, dkk (2010) terhadap klien isolasi sosial diperoleh hasil ada peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotorik keluarga secara bermakna ($p < 0,05$).

Terapi keluarga merupakan suatu hal yang lebih berperan dalam membantu proses penyembuhan klien. Terapi keluarga biasanya terdiri dari program utama untuk memberikan edukasi kepada keluarga tentang skizofrenia dan program yang lebih luas dengan keluarga dibentuk untuk mengurangi manifestasi konflik yang jelas dan untuk merubah pola komunikasi keluarga dan penyelesaian masalah. Menurut Townsend (2009) hasil positif pada penanganan klien dengan skizofrenia ini dapat tercapai dengan mengikutsertakan keluarga dalam pelayanan. Keluarga hendaknya memberikan perawatan dan pendampingan kepada penderita dengan penuh perhatian, kasih sayang dan keikhlasan, sehingga proses perawatan berjalan lebih baik dan hasilnya lebih optimal.

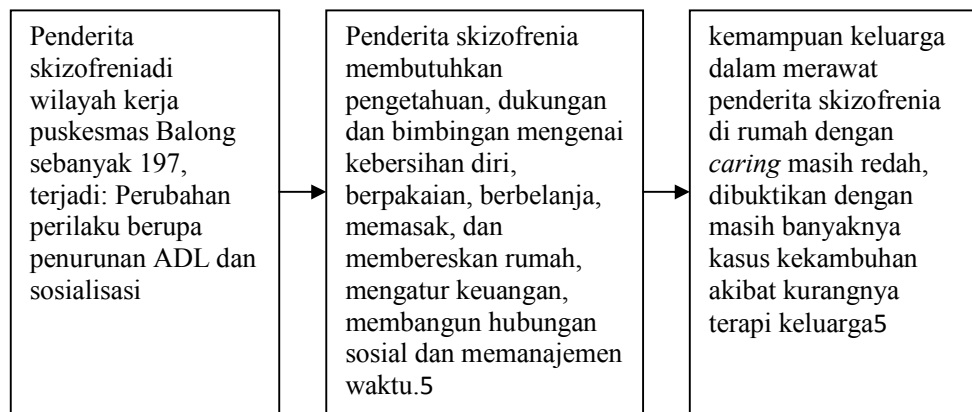
Klien sebagai individu, skizofrenia menyebabkan gangguan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari atau berdampak kepada kemandirian. Banyak kegiatan sehari-hari yang tidak bisa dilakukan sendiri oleh klien karena adanya perubahan proses pikir. Hal ini menyebabkan klien banyak tergantung kepada orang lain, terutama keluarga.

Menurut Leininger (1997 dalam Potter & Perry 2009) *caring* merupakan kegiatan langsung untuk memberikan dukungan dan fasilitas kepada seseorang dengan mengantisipasi kebutuhan klien untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia tanpa pamrih, dan saling ketergantungan. Pemberian psikodukasi keluarga jika didasari dengan *caring* maka akan memberikan hasil

yang lebih baik. *Family Psychoeducation* berbasis *caring* diberikan dengan rasa tanggung jawab, perhatian dan keikhlasan, dimana keluarga mengajak, membimbing dan mendampingi penderita untuk melakukan kegiatan sehari-hari dan melakukan kegiatan sosialisasi dengan tujuan menciptakan kemandirian bagi penderita dalam menjalankan kegiatan sehari-hari dan sosialisasi.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti berminat untuk melakukan penelitian tentang pemberian intervensi keperawatan *Family Psychoeducation (FPE)* berbasis *caring* pada keluarga penderita skizofrenia dalam membantu pasien memenuhi ADL dan sosialisasi.

1.2.Kajian Masalah



Gambar 1.1. Kajian masalah *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan *Activity Daily Living* dan sosialisasi penderita skizofrenia

Penderita skizofrenia mengalami gangguan proses pikir yang menyebabkan terjadinya perubahan perilaku berupa penurunan *Activity Daily Living* (ADL) dan penurunan aktivitas sosial. Penderita lebih banyak berdiam diri dan menyendiri. Penderita skizofrenia membutuhkan dukungan dan pengetahuan mengenai kebersihan diri, berpakaian, berbelanja, memasak, dan

membereskan rumah, mengatur keuangan, membangun hubungan sosial dan manajemen waktu. Diperlukan peran keluarga untuk membantu penderita skizofrenia. Peran keluarga sejak awal akan meningkatkan keberhasilan perawatan. Diperlukan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia untuk meningkatkan ADL dan sosialisasi, karena keluarga merupakan orang terdekat penderita.

1.3.Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan *Activity Daily Living* dan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo ?

1.4.Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Menjelaskan pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan *Activity Daily Living* dan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam meningkatkan *Activity Daily Living* penderita skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan *Family Psychoeducation* berbasis *caring* di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.
- b. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan *Family*

Psychoeducation berbasis *caring* di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

- c. Menganalisis pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan *activity daily living* penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.
- d. Menganalisis pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk pengembangan terapi keluarga dan khususnya pengembangan teori *family psychoeducation* agar semakin mudah diterapkan untuk keluarga.

2. Manfaat praktis

a. Manfaat untuk keluarga

Menambah kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia dengan gangguan ADL dan sosialisasi.

b. Manfaat untuk pasien

Mendapatkan perawatan yang optimal untuk mempercepat penyembuhan dan pemenuhan fungsi ADL dan sosialisasi.

c. Manfaat untuk perawat

Menambah wawasan dan pengetahuan perawat, khususnya perawat jiwa dalam menerapkan psikoedukasi keluarga yang harus dilakukan oleh untuk keluarga.

d. Manfaat untuk Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan tentang gangguan ADL dan sosialisasi yang terjadi pada penderita skizofrenia, sehingga pihak puskesmas dapat membuat program untuk melibatkan keluarga dengan psikoedukasi keluarga untuk membantu meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya gangguan pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku. Skizofrenia terdiagnosis pada usia remaja akhir dan dewasa awal. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Videbeck, 2008; Isaacs, 2005). Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan pada otak yang terjadi pada usia remaja dan dewasa awal yang mempengaruhi gangguan pikiran (persepsi), perasaan (emosi), dan perilaku (sosial). Perilaku kekerasan terjadi pada klien skizofrenia ketika menghadapi stressor yang berlebihan yang tidak mampu diatasi.

Menurut Keliat (2011), skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusianasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari.

Gangguan skizofrenia dapat terjadi karena :

1. Factor Genetik, belum teridentifikasi secara spesifik, namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4,8,15,22 berhubungan dengan terjadinya skizofrenia (Keliat, 2011). Penelitian menunjukkan bahwa kembar identik berisiko mengalami gangguan skizofrenia sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal berisiko

hanya 15%. Hal ini menunjukkan bahwa skizofrenia sedikit di turunkan. Penelitian lain menunjukkan bahwa anak-anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia memiliki risiko 15%; angka ini meningkat 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Cancro & Lehman, (2000) dalam Videbeck, (2008). Skizofrenia terjadi pada 1% populasi umum, namun resiko tersebut meningkat sampai 13% pada mereka yang mempunyai keluarga inti dengan skizofrenia. Mereka yang memiliki keluarga dekat (kakek, nenek, paman, tante atau sepupu) dengan skizofrenia juga memiliki risiko mengalami skizofrenia lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum (2-5%). Risiko tertinggi dimiliki mereka yang memiliki kembar identik dengan skizofrenia, mereka memiliki risiko sampai dengan 48% untuk mengalami sakit yang sama (Djuari, 2015).

2. Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya skizofrenia (Keliat, 2011).
3. Ketidakseimbangan neurotransmitter (dopamine dan glutamate) (Keliat, 2011).
Neurotransmitter ini berperan dalam komunikasi antar sel saraf dalam otak, sehingga ketidakseimbangan tersebut mengakibatkan timbulnya gejala-gejala khas skizofrenia. Hal ini menjelaskan mengapa penderita skizofrenia membutuhkan obat golongan antipsikotika yang dapat memperbaiki keseimbangan neurotransmitter untuk mengontrol gejala-gejala tersebut (Djuari, 2015). Penelitian terkait dengan neuroanatomi menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit, hal ini dapat diperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. CT scan menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Penelitian PET menunjukkan

bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada individu penderita skizofrenia. Tampak terjadi malfungsi pada jaringan neuron yang mentransmisikan informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel saraf melalui aksonnya dan melewati sinaps ke reseptor pascasinaptik di sel-sel saraf yang lain. Transmisi sinyal melewati sinaps memerlukan suatu rangkaian kompleks peristiwa biokimia. Penelitian menunjukkan kerja dopamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin, glutamat, dan beberapa peptida neuromodular Videbeck, (2008). Teori neurokimia dikembangkan berdasarkan dua tipe observasi. Pertama, obat-obatan yang meningkatkan aktivitas pada sistem dopaminergik, seperti amfetamin dan levodopa, kadang-kadang menyebabkan reaksi psikotik paranoid yang sama dengan skizofrenia Egan & Hyde, (2000) dalam Videbeck, (2008). Kedua, obat-obatan yang menyekat reseptor dopamin pascasinaptik mengurangi gejala psikotik, pada kenyataannya semakin besar kemampuan obat untuk menyekat reseptor dopamin, semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia O'Connor, (1998) dalam Videbeck, (2008). Dari pernyataan diatas bahwa obat dopamin dapat menyebabkan gangguan psikotik.

4. Faktor lingkungan seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stress pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pada pasien skizofrenia) (Keliat, 2011). Kondisi individu sejak dalam kandungan sangat mempengaruhi kemungkinan terjadinya skizofrenia, misalnya depresi dan kedukaan pada ibu dapat meningkatkan resikonya sampai 2-6 kali lipat. Proses kelahiran juga dapat mempengaruhi resiko tersebut sampai dengan tujuh kali lipat (Djuari, 2015).

5. Faktor Immunovirologi

Teori populer mengatakan bahwa perubahan patologik otak pada individu penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh pajanan virus, atau repon imun tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak. Para peneliti memfokuskan infeksi pada ibu hamil sebagai kemungkinan penyebab awal skizofrenia. Epidemik flu diikuti dengan peningkatan kejadian skizofrenia di Inggris, Wales, Denmark, Finlandia dan negara-negara lain. Suatu penelitian terkini yang diterbitkan di *New England Journal of Medicine* melaporkan angka skizofrenia lebih tinggi pada anak-anak yang lahir di daerah yang padat dengan cuaca dingin, kondisi yang memungkinkan terjadinya gangguan pernapasan Mortensen et al., (1999) dalam Videbeck, (2008). Berdasarkan pernyataan diatas seseorang yang terinfeksi virus dapat memicu terjadinya skizofrenia.

2.1.2 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Skizofrenia terdiri dari dua kategori gejala yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yang meliputi delusi (waham) yaitu keyakinan yang keliru, halusinasi yaitu penghayatan (seperti persepsi) yang dialami melalui panca indera dan terjadi tanpa stimulus eksternal, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur (perilaku kekerasan). Gejala negatif meliputi afek tumpul dan datar, apatis, menarik diri dari masyarakat, tidak ada kontak mata. Gejala positif dapat dikontrol dengan terapi pengobatan, dan gejala negatif bersifat menetap sepanjang waktu (Townsend, 2009; Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Djuari (2015), gejala skizofrenia yang ditunjukkan tiap penderita dapat bervariasi. Secara umum gejala skizofrenia dapat digolongkan dalam lima dimensi yaitu gejala positif, negatif, kognitif, afektif dan agresif.

1. Gejala Positif merupakan gejala atau perilaku yang terdapat pada penderita, dan biasanya tidak ditemukan pada orang sehat.
 - a. Waham/Delusi adalah keyakinan terhadap suatu yang tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya, tidak realistis atau tidak wajar bagi orang disekelilingnya, serta tidak dapat digoyahkan. Hal ini terjadi pada lebih dari 90% orang dengan skizofrenia. Penderita kadang-kadang mengalami waham yang seperti aneh (*bizarre*). Seperti mempercayai bahwa tetangganyadapat mengontrol perilaku mereka melalui gelombang magnetic, atau bahwa orang-orang di televisi menyampaikan pesan untuk mereka, atau bahwa stasiun radio menyiarkan pikiran mereka ke masyarakat. Beberapa penderita mengalami waham persekutorik, percaya bahwa orang lain telah menipu, meracuni, memata-matai, mencoba melukai, atau berkomplot melawan mereka.
 - b. Halusinasi adalah gangguan persepsi pada indera yang terjadi tanpa adanya stimulus/rangsangan, dimana penderita mendengar, melihat, membau, mengecap sesuatu yang tidak ada, atau merasakan sensasi yang tidak biasapada tubuh. Halusinasi pendengaran paling sering terjadi pada skizofrenia. Banyak penderita yang mendengar suara-suara berupa komentar, pujian, kritikan, ancaman, perintah, peringatan, atau percakapan, maupun bunyi-bunyian seperti suara tawa, peluit/siulan, mendengung/bergumam.

- c. Pembicaraan yang tidak beraturan (*disorganized speech*) menandakan adanya gangguan pada proses berfikir dari penderita. Pembicaraan sering kali tidak berurutan dan sulit untuk dipahami. Bentuk lain dapat berupa pembicaraan yang terputus (*blocking*), dimana penderita dapat berhenti tiba-tiba saat berbicara. Penderita kadang-kadang menciptakan kata-kata baru (*neologisme*) seperti “kipang” atau “angis” yang biasanya tidak dimengerti oleh orang normal.
 - d. Perilaku tidak beraturan dapat tampak sebagai gerakan tubuh yang gelisah, tidak bisa diam. Terkadang timbul stereotipi, dimana seseorang melakukan gerakan tertentu yang tidak bertujuan secara berulang. Ada pula yang menampilkan posisi tubuh (postur) atau gaya berjalan yang aneh (*mannerism*), bahkan berupa seringai (*grimace*). Pada kondisi ekstrim, penderita dapat mengalami katatonik stupor, yaitu menunjukkan perilaku diam, tidak bergerak, bahkan mempertahankan posisi tertentu dalam waktu yang lama.
2. Gejala Negatif merupakan kemampuan yang biasanya dimiliki orang sehat, namun menurun/menghilang pada penderita. Contohnya :
- a. Afek Tumpul ditandai dengan berkurangnya respon emosi dari wajah penderita, serta ekspresi perasaan yang cenderung datar.
 - b. Anhedonia merupakan kehilangan kemampuan penderita untuk mengalami perasaan senang pada hal-hal atau aktivitas yang dia senangi sebelum sakit.
 - c. Alogia tampak pada penderita yang lebih banyak diam dan tidak pernah memulai percakapan.

- d. Avolisi atau menurunnya kemauan, dapat ditandai dengan berkurangnya motivasi atau inisiatif dari penderita. Penderita tampak apatis, malas dan sering kali butuh bantuan dalam melakukan aktivitas pribadi harian.
 - e. Asosialitas pada penderita dapat berupa berkurangnya interaksi sosial. Penderita tampak menarik diri dari lingkungan sekitar, teman, dan keluarga.
3. Gejala Kognitif meliputi gangguan pada daya ingat (memori), gangguan dalam memusatkan dan mempertahankan perhatian (atensi dan konsentrasi), dapat pula mengakibatkan penderita kesulitan memahami informasi, merencanakan dan membuat keputusan, menentukan prioritas maupun berperilaku sesuai dengan nilai social.
 4. Gejala Afektif merupakan gejala yang berkaitan dengan suasana perasaan atau mood. Dapat timbul dalam bentuk mood yang menurun (berupa perasaan yang sedih, kesepian, kadang timbul rasa bersalah dan ide bunuh diri) maupun mood yang meningkat (perasaan senang yang berlebih, kadang iritabel atau mudah marah). Rasa cemas, khawatir dan tegang pun seringkali timbul pada penderita.
 5. Gejala Agresif tidak selalu ditemukan pada penderita. Namun beberapa penderita dapat menunjukkan perilaku bermusuhan, menyerang dan melakukan kekerasan fisik, verbal dan seksual. Selain ide paranoid, penderita dapat pula memiliki kesulitan dalam mengontrol impuls sehingga kadang terjadi kerusakan terhadap benda-benda yang dapat melukai penderita maupun orang lain di sekitarnya.

Untuk mendiagnosis seseorang dengan skizofrenia, gejala-gejala yang disebut diatas minimal terjadi lebih dari satu bulan. Sebagai akibatnya, penderita biasanya mengalami gangguan fungsi dalam satu atau lebih bidang kegiatan hidup yang penting. Seperti

hubungan antar pribadi, pekerjaan atau pendidikan, kehidupan keluarga, komunikasi, dan perawatan diri (Djuari, 2015).

Sebelum timbulnya gejala-gejala diatas, umumnya penderita melalui fase prodromal yang seringkali tidak disadari oleh keluarga dan orang terdekatnya. Pada fase ini, penderita sering menunjukkan kemauan, menjadi lebih pendiam, menyendiri, mengalami perubahan pola tidur dan nafsu makan, lebih gugup, cemas atau waspada dan sulit konsentrasi (Djuari, 2015).

2.1.3. Klasifikasi Skizofrenia

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi III (PPDGJ-III), meskipun tiap individu menunjukkan gejala yang berbeda, namun umumnya dapat digolongkan menjadi :

1. Skizofrenia Paranoid: dimana halusinasi dan/atau waham menonjol, sementara gangguan proses berpikir, gangguan afektif dan kemauan tidak menonjol. Gejalanya cenderung konsisten dengan perjalanan penyakit yang relative stabil, umumnya timbul setelah usia 30 tahun.
2. Skizofrenia Hebefrenik: dimana penderita sering menunjukkan perilaku kekanak-kanakan akibat menonjolnya gangguan proses berpikir yang kacau (*disorganized*) tanpa adanya waham yang sistematis. Gejalanya sering dimulai pada usia yang lebih muda, yaitu pada umur 15-25 tahun.
3. Skizofrenia Katatonik: dimana gejala yang menonjol terletak pada pergerakan (psikomotor) penderita. Skizofrenia jenis ini terbagi atas katatonik gaduh gelisah dan stupor. Pada jenis katatonik stupor, biasanya penderita tidak bergerak dalam waktu lama, tidak berbicara, dengan wajah seperti topeng (tanpa ekspresi), terdapat kekakuan

alat gerak (rigiditas) dengan usaha mempertahankan posisi tubuh tertentu secara sukarela maupun yang dibentuk oleh orang lain (*fleksibilitas serea*) meski tidak nyaman, atau tampak menentang upaya perubahan posisi (*negativisme*). Sebaliknya pada katatonik gaduh gelisah, penderita menunjukkan peningkatan pergerakan yang tidak bertujuan.

4. Skizofrenia Residual: dimana penderita sebelumnya mengalami episode skizofrenia dengan gejala positif minimal setahun sebelumnya, namun kemudian memperlihatkan gejala negative sebagai gejala sisa (penarikan diri, penurunan aktifitas dan ekspresi, psikomotor lambat, pasif, miskin pembicaraan dan kontak mata).
5. Skizofrenia Simpleks: dimana gejala utama adalah kemauan yang menurun dan pendangkalan emosi, ditandai oleh kehilangan minat, kemampuan merawat diri, tanpa tujuan hidup dan penarikan diri secara social. Gejala-gejala negative ini tidak didahului oleh gejala positif sebelumnya, biasanya timbul perlahan dan bersifat lebih progresif, serta timbul pertama pada masa pubertas (Djuari, 2015)

2.2. Gangguan *Activity Daily Living (ADL)*

a. Pengertian ADL

Brunner & Suddarth (2002) mengemukakan ADL atau *Activity Daily Living* adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

ADL adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal; aktivitas tersebut mencakup, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan untuk bantuan

dalam ADL dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen atau rehabilitative (Potter dan Perry, 2005).

b. Macam-macam ADL

Sugiarto (2005) mengemukakan ada beberapa macam ADL, yaitu :

1. *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias dan mobilitas. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini.
2. *ADL instrumental*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
3. *ADL vokasional*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
4. *ADL non vokasional*, yaitu *ADL* yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan ADL

Faktor-faktor yang Mempengaruhi kemampuan melakukan *Activity of Daily Living* (ADL) Menurut Hardywinoto (2007), yaitu:

1. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa,

seseorang secara perlahan–lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan *activity of daily living*.

2. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *activity of daily living*, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan *activity of daily living* secara mandiri (Hardywinoto, 2007).

3. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

4. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan

pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

5. Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

6. Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *activity of daily living*.

7. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan–kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

2.3. Defisit Perawatan Diri

2.3.1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Deficit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf, 2015).

2.3.2. Lingkup Defisit Perawatan Diri

1. Kebersihan Diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

2. Berdandan atau Berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

3. Makan

Mengalami kesulitan dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

4. *Toiletting*

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan (Yusuf, 2015).

Proses terjadinya deficit perawatan diri atau gangguan ADL pada penderita gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun.

2.3.3. Pengkajian Keperawatan

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri maka tanda dan gejala dapat diperoleh melalui observasi pada penderita yaitu sebagai berikut:

1. Gangguan kebersihan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdekis dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
2. Ketidakmampuan berhias/berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada penderita laki-laki tidak bercukur, serta pada penderita wanita tidak berdandan.
3. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan bereceran, dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidakmampuan BAB atau BAK secara mandiri ditandai dengan BAB atau BAK tidak pada tempatnya, serta tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK (Yusuf, 2015)..

2.4. Gangguan Hubungan Sosial/Sosialisasi

2.4.1. Definisi

Menarik diri merupakan suatu percobaan untuk menghindari interaksi dan hubungan dengan orang lain (Rawlin, 1993, dalam Yusuf, 2015). Isolasi social adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Penderita mungkin merasa ditolak, tidak

diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Yusuf, 2015).

Menurut Ruti Wiyati (2010), isolasi sosial adalah kegagalan individu dalam melakukan interaksi dengan orang lain yang disebabkan oleh pikiran negative atau mengancam. Seseorang dapat dikatakan mengalami gangguan isolasi sosial jika individu tersebut: menarik diri, tidak komunikatif, menyendiri, asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak, kesulitan membina hubungan di lingkungannya, menghindari orang lain dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain.

Isolasi sosial tidak hanya berdampak secara individu pada klien yang mengalami tetapi juga pada system klien secara keseluruhan, yaitu keluarga dan system sosialnya. Isolasi sosial dapat menurunkan produktifitas atau berdampak buruk pada fungsi di tempat kerja, karena kecenderungan klien menarik diri dari peran dan fungsi sebelum sakit, membatasi hubungan sosial dengan orang lain dengan berbagai alasan (Ruti Wiyati, 2010).

Jika perilaku isolasi sosial tidak ditangani dengan baik dapat menurunkan produktifitas individu dan menjadika beban bagi keluarga maupun masyarakat.

2.4.2. Gangguan Hubungan Sosial (Yusuf, 2015).

1. Menarik Diri : menemukan kesulitan dalam membina hubungan dengan orang lain.
2. Dependen: sangat bergantung pada orang lain sehingga individu mengalami kegagalan dalam mengembangkan rasa percaya diri.
3. Manipulasi: individu berorientasi pada diri sendiri dan tujuan yang hendak dicapainya tanpa memperdulikan orang lain dan lingkungan, dan cenderung menjadikan orang lain sebagai obyek.

2.4.3. Perkembangan Hubungan Sosial (Yusuf, 2015).

Bayi (0-18 bulan)

Bayi mengkomunikasikan kebutuhan dengan cara yang paling sederhana yaitu menangis respon lingkungan terhadap tangisan bayi mempunyai pengaruh yang sangat penting untuk kehidupan bayi di masa datang. Menurut Ericson, respon lingkungan yang sesuai akan mengembangkan rasa percaya diri bayi akan perilakunya dan rasa percaya bayi pada orang lain. Kegagalan pemenuhan kebutuhan pada masa ini akan mengakibatkan rasa tidak percaya pada diri sendiri dan orang lain, serta perilaku menarik diri.

Prasekolah (18 bulan-5 tahun)

Anak prasekolah mulai membina hubungan dengan lingkungan diluar keluarganya. Anak membutuhkan dukungan dan bantuan dari keluarga dalam hal pemberian pengakuan yang positif terhadap perilaku anak yang adaptif sehingga anak dapat mengembangkan kemampuan berhubungan yang dimilikinya. Hal tersebut merupakan dasar rasa otonomi anak yang nantinya akan berkembang menjadi kemampuan hubungan interdependen. Kegagalan anak dalam berhubungan dengan lingkungan dan disertai respon keluarga yang negative akan mengakibatkan anak menjadi tidak mampu mengontrol diri, tidak mandiri, ragu, menarik diri, kurang percaya diri, pesimis, dan takut perilakunya salah.

Anak Sekolah (6-12 tahun)

Anak sekolah mulai meningkatkan hubugannya dengan lingkungan sekolah. Di usia ini anak akan mengenal kerjasama, kompetisi, dan kompromi. Pergaulan dengan orang dewasa diluar keluarga mempunyai arti penting karena dapat menjadi sumber pendukung bagi anak. Hal ini dibutuhkan karena konflik seringkali terjadi akibat adanya pembatasan dan dukungan yang kurang konsisten dari keluarga. Kegagalan membina hubungan dengan

teman sekolah, dukungan luar yang tidak adekuat, serta inkonsistensi dari orangtua akan menimbulkan rasa frustrasi terhadap kemampuannya, merasa tidak mampu, putus asa, dan menarik diri dari lingkungannya.

Remaja (12-29 tahun)

Anak mulai mengembangkan hubungan intim dengan teman sejenis atau lawan jenis dan teman seusia, sehingga anak remaja biasanya mempunyai teman karib. Hubungan dengan teman akan sangat dependen sedangkan hubungan dengan orangtua mulai independen. Kegagalan membina hubungan dengan teman sebaya dan kurangnya dukungan orangtua akan mengakibatkan keraguan identitas, ketidakmampuan mengidentifikasi karier dimasa mendatang, serta tumbuhnya rasa kurang percaya diri.

Dewasa Muda (18-25 tahun)

Individu pada usia ini akan mempertahankan hubungan interdependen dengan orang tua dan teman sebaya. Individu akan belajar mengambil keputusan dengan tetap memperhatikan saran dan pendapat orang lain (pekerjaan, karier, pasangan hidup). Individu mampu mengekspresikan perasaannya, menerima perasaan orang lain, dan meningkatnya kepekaan terhadap kebutuhan orang lain. Oleh karena itu akan berkembang suatu hubungan mutualisme. Kegagalan individu pada fase ini akan mengakibatkan suatu sikap menghindari hubungan intim dan menjauhi orang lain.

Dewasa Tengah (25-65 tahun)

Pada usia ini individu telah berpisah tempat tinggal dengan orang tua. Individu akan mengembangkan kemampuan hubungan interdependen yang dimiliki. Bila berhasil akan memperoleh hubungan dan dukungan yang baru. Kegagalan pada tahap ini akan

mengakibatkan individu hanya memperhatikan diri sendiri, produktivitas dan kreaivitas berkurang, serta perhatian pada orang lain berkurang.

Dewasa Lanjut (lebih dari 65 tahun)

Individu akan banyak mengalami kehilangan, misalnya fungsi fisik,kegiatan, pekerjaan, tema hidup, dan anggota keluarga, sehingga akan timbul perasaan tidak berguna. Selain itu, kemandirian akan menurun dan individu menjadi sangat bergantung kepada orang lain. Individu yang berkembang baik akan dapat menerima kehilangan yang dialaminya. Kegagalan individu pada masa ini akan mengakibatkan individu berperilaku menolak dukungan yang ada dan akan berkembang menjadi perilaku menarik diri.

2.4.4. Pengkajian Keperawatan

Obyektif :

1. Apatis, ekspresi sedih, afek tumpul
2. Menghindari orang lain, tampak menyendiri, dan memisahkan diri dari orang lain.
3. Komunikasi kurang/tidak ada, pasien tidak tampak bercakap-cakap dengan orang lain
4. Tidak ada kontak mata dan sering menunduk
5. Berdiam diri di kamar
6. Menolak berhubungan dengan orang lain, memutuskan pembicaraan, atau pergi saat diajak bercakap-cakap
7. Tidak tampak melakukan kegiatan sehari-hari, perawatan diri kurang, dan kegiatan rumah tangga tidak dilakukan.

Subyektif :

1. Pasien menjawab dengan singkat “ya”, “tidak”, “tidak tahu”
2. Pasien tidak menjawab sama sekali.

2.5.Keluarga

Dalam konsep keluarga berikut akan dijelaskan tentang definisi keluarga, fungsi keluarga, tugas keluarga dalam bidang kesehatan dan peran pelaku rawat dalam perawatan klien.

2.5.1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Ali Z, 2009, dalam Wiyati, 2010). Menurut Undang-undang No. 52 tahun 2009 menyatakan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami isteri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sedangkan menurut (Friedman, 2010), Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, mereka saling berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Oleh sebab itu keluarga mempunyai pengaruh utama dalam kesehatan fisik dan mental setiap anggota keluarga (Doherty, (1998) dalam Newton, 2006).

Satu keluarga yang sehat akan menghasilkan individu dengan berbagai keterampilan yang akan membimbing individu berfungsi dengan baik dilingkungan mereka, termasuk juga lingkungan kerja walaupun individu tersebut berasal dari berbagai aktifitas/ kegiatan yang dihubungkan dengan kehidupan keluarga tempat individu berasal (Varcarolis, 2000).

2.5.2. Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga menurut Friedman (2010) dan UU No 10 tahun 1992 adalah sebagai berikut:

1. Fungsi afektif (*the affective function*) berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga, yaitu berupa perlindungan dan psikososial bagi para anggota keluarganya, keluarga harus dapat melakukan tugas-tugas yang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan yang sehat bagi para anggota keluarganya, dengan memenuhi kebutuhan-kebutuhan sosio emosional keluarganya.
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*the economic function*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*the health care function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi peran keluarga dibidang kesehatan.¹¹

2.5.3. Tugas Kesehatan Keluarga

Sesuai dengan fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dalam bidang kesehatan menurut Maglaya (2009) dalam Friedman (2010) yang perlu dipahami dan dilakukan meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga. Untuk klien dengan gangguan jiwa, keluarga perlu mengetahui penyebab tanda-tanda klien kambuh dan perilaku maladaptifnya meliputi keluarga perlu mengetahui pengertian gangguan jiwa, tanda dan gejala, cara mengontrol gangguan jiwa dengan cara fisik, minum obat, cara verbal dan spritual.
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Peran ini merupakan upaya keluarga dalam mengatasi anggota keluarga dengan gangguan jiwa, tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar kesehatan masalah dapat dikurangi dan menanyakan kepada orang yang lebih tahu, misalnya membawa pelayanan kesehatan atau membawa untuk dirawat ke rumah sakit jiwa.
3. Memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. Dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang perlu dikaji pengetahuan tentang akibat lanjut gangguan jiwa, pemahaman keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang perlu dilakukan oleh keluarga, pengetahuan keluarga tentang hal-hal yang membahayakan bagi anggota keluarga dengan gangguan jiwa, bagaimana keluarga dalam merawat anggota keluarga yang membutuhkan bantuan.
4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan anggota keluarga. Dalam memelihara kesehatan yang dilakukan keluarga yaitu memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga yaitu: pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga dalam memodifikasi lingkungan khususnya dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, kemampuan keluarga dalam memanfaatkan lingkungan yang asertif.
5. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berada dimasyarakat. Yang perlu dikaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas keberadaan pelayanan kesehatan dalam

mengatasi gangguan jiwa. Pemahaman keluarga tentang manfaat fasilitas pelayanan yang berada di masyarakat, tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang tentang fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.

Kelima tugas keluarga diatas akan memberikan dampak yang positif jika diterapkan pada keluarga. Pengetahuan yang memadai membuat keluarga mencari cara yang tepat untuk mengatasi masalah. Keluarga juga dapat memberikan perawatan yang adekuat kepada klien sesuai dengan masalah yang dialami. Dampak positif lain dapat berupa kesiapan keluarga untuk segera membawa klien ke pelayanan kesehatan.

Tugas keluarga dalam merawat dengan masalah psikososial sangat dipengaruhi oleh kemampuan keluarga. Notoatmodjo (2003), mengatakan perilaku kesehatan klien maupun keluarga dipengaruhi oleh faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap keluarga terhadap kesehatan, tradisi, kepercayaan keluarga terhadap hal yang berhubungan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut, tingkat pendidikan, sosial ekonomi. Faktor pemungkin mencakup ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan yang mudah dijangkau oleh keluarga, kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan semakin menguatkan perilaku keluarga. Faktor penguat mencakup sikap, perilaku tokoh masyarakat, petugas kesehatan, undang-undang. Semuanya itu sangat berpengaruh terhadap proses rehabilitasi.

2.5.4. Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga menurut Rafiyah (2011) adalah :

1. Usia

Usia pelaku rawat sangat menentukan pada perawatan yang diberikan pada klien. Dengan usia yang lebih tua akan mengalami kesulitan dalam hal finansial dan transportasi. Perubahan usia akan mempengaruhi kecenderungan menggunakan jasa pelayanan kesehatan mental, dimana semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar kepercayaannya untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Perilaku mencari bantuan tersebut mencapai puncaknya pada rentang 25-60 tahun dan semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia (Stuart & Laraia, 2005).

2. Jenis Kelamin

Anggota keluarga khususnya perempuan berperan penting sebagai pelaku rawat primer pada klien. Dimana perempuan terutama yang berperan sebagai ibu, rata-rata akan memiliki ketelatenan dan dasar naluri dalam merawat keluarga atau anggota keluarga yang sakit.

3. Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi akan memberikan pengetahuan yang lebih besar sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan yang lebih baik (Friedman, 1993 dalam Potter, 2005).

4. Pekerjaan

Keluarga yang bekerja lebih banyak tidak mengetahui cara merawat klien dengan skizofrenia dengan baik karena mereka lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat bekerja. Bagi keluarga yang tidak bekerja maka dia akan memberikan perawatan yang maksimal pada anggota keluarga dengan skizofrenia.

2.6. Terapi Keluarga

2.6.1. Definisi

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga. Dalam hal ini setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah (Keliat, 1996 dalam Yusuf, 2015).

Terapi keluarga merupakan terapi yang dikembangkan untuk menangani keluarga bermasalah. Oleh karena itu, sebagian besar berorientasi pada patologi yang menyangkut keluarga baik fungsional maupun disfungsional, dan bersifat perspektif, menyarankan strategi penanganan (Friedman, 1992).

Ciri Sistem Keluarga yang fungsional (Gladding, 2002 dalam Yusuf, 2015):

1. Mempertahankan keseimbangan, fleksibilitas, dan adaptif terhadap perubahan tahap transisi yang terjadi dalam hidup.
2. Masing-masing anggota keluarga menyadari bahwa masalah emosi merupakan bagian dari fungsi setiap individu.
3. Setiap anggota keluarga mampu mempertahankan kontak emosi pada setiap generasi
4. Menjalin hubungan erat antar anggota keluarga dan menjauhi masalah
5. Menggunakan perbedaan antar anggota keluarga yang ada sebagai motivasi untuk meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas individu.
6. Antara orang tua dan anak terbentuk hubungan yang terbuka dan bersahabat.

Ciri Disfungsional keluarga:

1. Tidak memiliki satu atau lebih fungsi keluarga diatas
2. Ketidakseimbangan pola asuh, seperti ibu yang terlalu melindungi atau sebaliknya
3. Orang tua super atau pasif
4. Pasangan yang tidak harmonis.

2.6.2. Indikasi Terapi Keluarga (Gladding, 2002 dalam Yusuf, 2015):

1. Konflik perkawinan, konflik antar saudara kandung, konflik beberapa generasi
2. Konflik antara orang tua dan anak
3. Konflik pada masa transisi dalam keluarga seperti pasangan yang baru menikah, kelahiran anak pertama, dan masalah remaja.
4. Terapi individu yang memerlukan melibatkan anggota keluarga lain
5. Proses terapi individu yang tidak kunjung mengalami kemajuan.

2.6.3. Manfaat Terapi Keluarga

1. Pasien
 - a. Mempercepat proses penyembuhan pasien yang berdampak positif bagi dinamika keluarga
 - b. Memperbaiki hubungan interpersonal
 - c. Menurunkan angka kekambuhan
2. Keluarga
 - a. Memperbaiki fungsi dan struktur keluarga
 - b. Keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap pasien sehingga lebih dapat menerima, lebih bertoleransi, dan lebih menghargai pasien sebagai manusia.
 - c. Keluarga dapat meningkatkan kemampuan dalam membantu pasien dalam proses rehabilitasi.

2.7. Terapi Psikoedukasi Keluarga

2.7.1 Pengertian Terapi Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi merupakan bagian dari pendidikan kesehatan. Menurut Cartwright (2007), mengatakan psikoedukasi adalah sebuah treatment, yang mengintegrasikan dan

mensinergikan antara psikoterapi dan edukasi. Stuart dan Laraia (2009), mengatakan psikoedukasi adalah pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatic. Carson (2000), terapi keluarga yang merupakan strategi untuk menurunkan faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala perilaku.

Menurut Mottaghipour (2005), mengatakan psikoedukasi adalah suatu tindakan yang diberikan kepada individu dan keluarga untuk memperkuat strategi koping dalam menangani kesulitan perubahan mental. Stuart & Sundeen (2007), mengatakan psikoedukasi adalah salah satu program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Dapat disimpulkan psikoedukasi adalah kombinasi antara psikoterapi dan pelaksanaan edukasi.

2.7.2 Tujuan

Terapi psikoedukasi mempunyai beberapa tujuan. Varcarolis (2006, dalam Gusdiansyah, 2016), mengatakan terapi ini bertujuan saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit. Miklowitz (1998), meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, memberikan support keluarga, keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya.

Menurut Levine (2002, dalam Gusdiansyah, 2016), untuk memberikan perasaan sejahtera atau kesehatan mental pada keluarga. Tujuan umum dari psikoedukasi keluarga adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkat yang terendah. Tujuan khusus meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan. Memberikan dukungan kepada keluarga. Mengembalikan fungsi pasien dan keluarga, melatih keluarga untuk bisa mengungkapkan perasaan (Miklowitz, 1998).

2.7.3 Manfaat

Terapi ini diberikan kepada individu atau keluarga dengan gangguan psikologis. Vacarolis (2006), mengatakan terapi dilakukan untuk menurunkan faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala perilaku. Cartwright (2007), mengatakan dapat menurunkan simptom masalah kesehatan mental, memperbaiki kualitas hidup, pengetahuan, harga diri dan dapat meningkatkan kepatuhan dan kepuasan terhadap pengobatan dan treatment.

2.7.4 Indikasi Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi dilakukan pada keluarga tertentu. Carson (2000), mengatakan indikasi psikoedukasi keluarga adalah anggota keluarga dengan aspek psikososial dan gangguan jiwa. Stuart&Laraia (2009), mengatakan keluarga dengan gangguan, kekambuhan, depresi, rawat inap berulang, memiliki masalah psikososial, gangguan jiwa, keluarga dengan kurang pengetahuan, sakit mental, keluarga yang ingin mempertahankan kesehatan mentalnya.

2.7.5. Tindakan Psikoedukasi Keluarga

Menurut Tim Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (2014) Tindakan keperawatan spesialis kepada keluarga, yaitu terapi psikoedukasi yang terdiri dari 5 sesi, setiap sesi dilaksanakan dalam waktu 40-60 menit:

a. Sesi I: Mengenal masalah kesehatan keluarga

Pada sesi ini keluarga dilatih mengenal masalah yang dihadapi dalam merawat anggota keluarganya yang sakit, dan mengenal masalah yang dihadapi keluarga tersebut ketika merawat dan hal ini berhubungan dengan kondisi kesehatan dirinya maupun pelaksanaan kegiatan harian yang lain.

b. Sesi II: Kemampuan merawat klien

Sesi ini membahas tentang cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan baik penyakit fisik maupun penyakit gangguan jiwa sehingga keluarga mempunyai pemahaman yang baik tentang penyakit dan mampu mempraktikkan cara merawat anggota keluarganya.

c. Sesi III: Kemampuan merawat diri sendiri

Pada sesi ini membahas tentang cara merawat keluarga yang memiliki klien gangguan jiwa, perawat atau terapis akan mengajarkan cara mengatasi kecemasan, kekhawatiran yang dialami keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang sakit. 3-4 kali latihan mengenal kecemasan yang dialami keluarga dan latihan cara mengatasi kecemasan yang dialami.

d. Sesi IV: Kemampuan manajemen beban dalam keluarga

Pada sesi ini akan membahas tentang beban yang dialami keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang sakit dan akan dilatih cara mengatur dan mengelola beban yang dialami keluarga.

e. Sesi V: Kemampuan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan

Pada sesi ini perawat atau terapis akan membantu keluarga mengidentifikasi atau mengenalkan dan memanfaatkan tentang pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

2.7.6. Hambatan-Hambatan Dalam Pelaksanaan Psikoedukasi

Pelaksanaan psikoedukasi tidak selamanya lancar, hal ini dipengaruhi oleh beberapa hambatan. Menurut Dixon (2001), mengatakan rendahnya tingkat kontak antara

staf klinis, anggota keluarga, berbasis masyarakat, keterbatasan waktu, sumber daya manusia.

Beberapa faktor yang mungkin dapat menghambat pelaksanaan psikoedukasi diantaranya adalah anggota keluarga yang mempunyai stigma tidak ingin diidentifikasi terkait masalah kesehatan karena merasa tidak nyaman untuk mengungkapkan perasaan yang dialaminya. Mereka juga mungkin mempunyai pengalaman negatif dimasa lalu, ragu-ragu untuk dieksplorasi lebih lanjut. Tidak memiliki sumber informasi tentang psikoedukasi keluarga sehingga tidak tahu keuntungan dari program tersebut. Program perlu ditunjang oleh jadwal, disiplin professional yang baik. Beban kasus secara universal tinggi, namun waktu yang dimiliki oleh petugas kesehatan dirasakan kurang. Oleh karena itu untuk menunjang program psikoedukasi perlu meningkatkan kemampuan sumber daya manusia.

2.7.7. Program Atau Modul Psikoedukasi

Pelaksanaan psikoedukasi dipandu dalam modul. Menurut Supratiknya (2011, dalam Gusdiansjah, 2016)), mengatakan program atau modul psikoedukasi adalah satuan kegiatan psikoedukasi untuk membantu kelompok klien. Sasaran mengembangkan satu atau serangkaian keterampilan hidup tertentu. Setiap modul tersusun atas komponen-komponen tertentu, meliputi: topik, tujuan, materi, prosedur, media, evaluasi dan sumber.

2.8. Konsep Teori *Caring* Kristen Swanson

Swanson (1991 dalam Potter & Perry 2009) mendefinisikan *caring* sebagai suatu cara pemeliharaan hubungan dengan saling menghargai orang lain, disertai perasaan

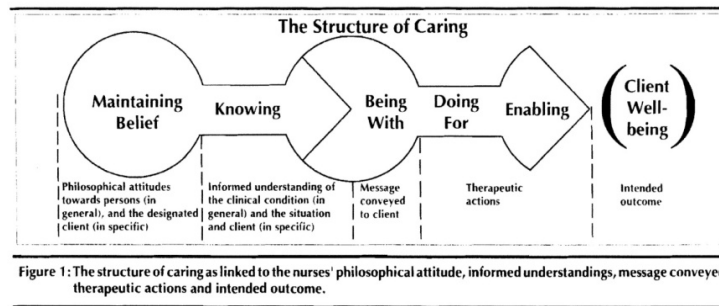
memiliki dan tanggung jawab. *Caring* merupakan proses yang terus ada dalam dinamika hubungan pasien-perawat. Ada yang melihat proses ini sebagai hubungan yang linear, namun juga harus dianggap sebagai hubungan siklik. Proses yang terjadi harus selalu diperbarui karena peran perawat untuk membantu klien mencapai kesehatan dan kesejahteraan.

Benner (2004 dalam Potter & Perry 2009) mengatakan bahwa hubungan pemberi layanan dapat bersifat terbuka dan tertutup. Peran sebagai perawat dalam pemberi layanan kepada klien bukan hanya sekedar untuk melakukan tugasnya. Ada hubungan antara pemberi dan penerima pelayanan (asuhan keperawatan) yang terbentuk sejak awal mulai dari saling mengenal sampai timbulnya rasa kepedulian antara perawat dan klien. Empati dan rasa kasihan perawat merupakan bagian alami dari proses setiap pertemuan dengan klien. Akan tetapi hal ini tidak akan terjadi jika tidak ada *caring* dalam proses tersebut.

Caring merupakan proses bagaimana perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidup (Swanson, 1991).

Sikap pelayanan yang dinilai klien terdiri dari bagaimana perawat menjadikan pertemuan yang bermakna bagi klien, menjaga kebersamaan, dan bagaimana memberikan perhatian. Teori Swanson (1991) memberikan petunjuk bagaimana membentuk strategi *caring* yang berguna dan efektif. Setiap proses *caring* memiliki dimensi dan subdimensi yang merupakan dasar dalam intervensi keperawatan.

2.8.1. Dimensi *Caring* Menurut Kristen Swanson



Gambar 2.1. Dimensi *caring* menurut Kristen Swanson (Potter & Perry, 2009)

Menurut Swanson (1991) ada lima dimensi yang mendasari konsep *caring* yaitu :

1. *Maintaining Belief*

Adanya kepercayaan dan keyakinan seseorang dalam melalui proses kehidupan dan masa saat transisi dalam hidupnya untuk menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, menumbuhkan bersikap optimisme, memaknai arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa, dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apa pun. Tujuannya adalah untuk membantu orang lain dalam batas-batas kehidupannya sehingga dapat menemukan makna dan mempertahankan sikap yang penuh harapan. Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar dari *caring* dalam praktek keperawatan.

Subdimensi yang terdapat dalam *maintaining belief* yaitu:

a. *Believing In* (Percaya / Memegang Kepercayaan)

Perawat mendengarkan keluhan-keluhan pasien dan mempercayai semua yang dirasakan pasien yang mungkin terjadi pada semua orang yang mengalami masa transisi.

b. *Offering A Hope-Filled Attitude* (Memberikan Harapan)

Memberikan dorongan dengan berperilaku sebagai perawat penuh dengan perhatian dan kepedulian/care terhadap masalah yang dialami dengan sikap tubuh, kontak mata dan intonasi bicara perawat.

c. *Maintaining Realistic Optimism* (Menawarkan Keyakinan Yang Realistis)

Menunjukkan dan memelihara sikap optimisme perawat dan harapan terhadap masalah yang menimpa klien secara realistis serta mendorong dan meningkatkan sikap optimisme dan harapan yang dimiliki klien.

d. *Helping To Find Meaning* (Membantu Menemukan Arti)

Membantu klien memaknai hal yang sedang dialami klien sehingga secara perlahan klien dapat memahami dan menerima bahwa setiap orang dapat mengalamimasalah seperti yang dialami klien.¹¹

e. *Going The Distance* (Menjaga Jarak)

Mempererat hubungan dengan klien dengan tetap mempertahankan peran sebagai antara perawat dan klien sehingga menumbuhkan rasa kepercayaan klien terhadap perawat dan tanggung jawab serta caring secara menyeluruh oleh perawat kepada klien.

2. *Knowing*

Berusaha mengerti kejadian-kejadian yang memberikan makna dalam kehidupan klien. Mempertahankan kepercayaan adalah dasar dari caring keperawatan, knowing dianggap suatu pembelajaran terhadap pengalaman hidup klien dengan mengesampingkan asumsi perawat yang mengetahui kebutuhan klien, menggali/mencari informasi klien secara detail, peka terhadap bahasa verbal dan non verbal, memfokus

kepada satu tujuan keperawatan, serta melibatkan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dan menyatukan persepsi antara perawat dan klien.

Subdimensi yang terdapat dalam knowing yaitu:

a. *Avoiding Assumptions* (Menghindari Asumsi)

Menghindari adanya perbedaan asumsi-asumsi dengan menyamakan persepsi antara klien dan perawat.

b. *Assessing Thoroughly* (Penilaian Menyeluruh)

Melakukan pengkajian secara holistic yaitu berdasarkan aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural.

c. *Seeking Clues* (Mencari Petunjuk)

Upaya untuk menemukan informasi-informasi yang mendalam dan menyeluruh tentang klien.

d. *Centering On The One Cared For* (Fokus Pada Pelayanan Satu Orang)

Perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan fokus kepada klien.

e. *Engaging The Self Of Both* (Mengikat Diri Atau Keduanya)

Menjalankan fungsi sebagai perawat secara utuh dan saling bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang efektif.

3. *Being with*

Bukan hanya hadir secara menyeluruh tetapi juga saling berkomunikasi yang bertujuan untuk berbagi apa yang dirasakan klien dan secara emosional memberikan dukungan dan kenyamanan serta memantau klien baik fisik maupun emosional.

Subdimensi yang terdapat dalam being with yaitu:

a. *Non Burdening* (Tidak Membebankan)

Perawat dalam menjalankan tugas bekerjasama dengan klien tanpa memaksa kehendak kepada klien untuk melakukan tindakan keperawatan.

b. *Convering Availability* (Menunjukkan Kesiediaan)

Menunjukkan kesiediaan perawat dalam membantu klien dan memberikan fasilitas kepada klien untuk mencapai tahap kesejahteraan / well being.

c. *Enduring With* (Menunjukkan Kemampuan)

Saling berkomitmen antara perawat dan klien dalam upaya meningkatkan kesehatan klien.

d. *Sharing Feelings* (Berbagi Perasaan)

Saling berbagi pengalaman hidup yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan klien.

Kunci utama dalam penerapan “*Being With*” perawat perawat menunjukkan dengan cara kontak mata, bahasa tubuh, nada suara, mendengarkan serta memiliki sikap positif dan bersemangat yang dilakukan perawat, akan membentuk sesuatu suasana keterbukaan dan saling mengerti.

4. *Doing For*

Melakukan sesuatu tindakan kepada klien dengan mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien.

Subdimensi yang terdapat dalam *doing for* yaitu:

a. *Comforting* (Memberikan Kenyamanan)

Dalam setiap memberikan asuhan keperawatan, perawat harus memperhatikan kenyamanan pada klien dan menjaga privasi klien.

b. *Performing Competently* (Menunjukkan Ketrampilan)

Tidak hanya berkomunikasi dan memberikan kenyamanan dalam tindakannya, perawat juga menunjukkan kompetensi atau skill sebagai perawat profesional.

c. *Preserving Dignity* (Menjaga Martabat Klien)

Dalam melaksanakan tugas perawat harus tetap menjaga martabat klien sebagai individu atau memanusiakan manusia.

d. *Anticipating* (Mengantisipasi)

Perawat dalam melakukan tindakan selalu meminta persetujuan klien dan keluarga.

e. *Protecting (melindungi)* Memberikan perlindungan terhadap hak-hak pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dan tindakan medis.

5. *Enablings*

Memberikan kemudahan atau memberdayakan klien, memfasilitasi klien agar dapat melewati masa transisi dalam hidupnya dan melewati setiap peristiwa dalam hidupnya yang belum pernah dialami dengan memberi informasi, menjelaskan, mendukung dengan fokus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah sehingga meningkatkan penyembuhan klien atau klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dia lakukan dengan cara memberikan dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik/feedback.¹¹

Subdimensi yang terdapat dalam enablings yaitu:

a. *Validating* (Memvalidasi)

Memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan kepada klien

b. *Informing* (Memberikan Informasi)

Menjelaskan informasi yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan klien dalam rangka memberdayakan klien dan keluarga klien.

c. *Supporting* (Mendukung)

Mendukung klien dalam upaya pencapaian kesejahteraan/well being sesuai kemampuan sebagai perawat.

d. *Feedback* (Memberikan Umpan Balik)

Memberikan umpan balik atau reward terhadap apa yang dilakukan oleh klien dalam usahanya mencapai kesembuhan/well being.

e. *Helping Patients To Focus Generate Alternatives* (Membantu Pasien Untuk Fokus Dan Membuat Alternatif)

Menolong pasien untuk selalu fokus dan terlibat dalam program peningkatan kesehatannya baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis (Potter & Perry, 2009)

2.8.2. Perilaku *Caring* Dalam Praktik Keperawatan

Caring merupakan hasil dari kultur, nilai-nilai, pengalaman dan hubungan interpersonal. Tindakan *caring* bermanfaat dalam memberikan asuhan fisik dan memperhatikan emosi sambil yang bertujuan untuk meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Selain itu *caring* juga memperhatikan harga diri individu, artinya dalam melakukan praktik keperawatan, perawat harus selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien sehingga bisa memberikan pelayanan kesehatan yang tepat. Penilaian terhadap seorang perawat dapat terlihat dari perilaku *caring* yang dimiliki perawat (Priambodo, 2010).

Teori *caring* Swanson (1991, dalam Potter & Perry, 2009) menjelaskan tentang proses *caring* yang terdiri dari bagaimana perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain

sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidup.

Sikap keperawatan yang berhubungan dengan perilaku *caring* dalam praktik keperawatan yaitu:

1. Kehadiran (*Presence*)

Kehadiran merupakan suatu pertemuan antara perawat dengan klien maupun keluarga klien yang merupakan upaya untuk lebih mendekatkan dan menyampaikan manfaat *caring*. Menurut Fredrikson (1999 dalam Potter & Perry 2009) kehadiran dapat diartikan dalam “ada di” dan “ada dengan”. Makna “ada di” merupakan kehadiran secara fisik dengan adanya proses komunikasi antar perawat dan klien.

Sedangkan Pederson (1993 dalam Potter & Perry 2009) berpendapat bahwa “ada dengan” dimaknai dengan hubungan interpersonal, peran perawat yang selalu bersedia atau ada di samping klien saat klien membutuhkan. Selalu hadir disaat klien membutuhkan, adanya kontak mata, bahasa tubuh, mendengarkan semua keluhan klien, serta adanya dukungan yang diberikan perawat akan membantu klien untuk membentuk suasana baru dan saling terbuka.

2. Sentuhan (*Contact*)

Sentuhan merupakan suatu bentuk pendekatan yang dapat menenangkan dimana perawat dapat mendekatkan diri dengan klien dalam memberikan perhatian dan dukungan. Pada saat melaksanakan asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan sentuhan untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien, sebagai contoh pada saat pemasangan selang naso gaster atau NGT.

Menurut Boyek & Watson (1994 dalam Potter & Perry 2009) sentuhan juga dianggap sebagai bentuk komunikasi non verbal yang dapat mempengaruhi rasa keamanan dan kenyamanan klien, meningkatkan harga diri dan membantu klien menerima keadaannya. Selain itu sentuhan juga memberikan banyak makna, oleh sebab itu sentuhan harus digunakan dengan bijaksana. Salah satu bentuk masalah yang sering timbul dalam perilaku sentuhan yaitu adanya perbedaan budaya antara perawat itu sendiri maupun perawat dan klien.

3. Mendengarkan (*Listen*)

Mendengarkan merupakan salah satu perilaku *caring* yang dapat menjadi awal dalam menjalin hubungan interpersonal. Dalam suatu hubungan pelayanan perawat untuk membentuk kepercayaan maka perawat harus dapat mendengarkan keluhan ataupun perasaan klien. Selain itu dengan mendengarkan juga menunjukkan bahwa perawat memiliki ketertarikan dan perhatian penuh kepada klien. Pada saat mendengarkan juga perawat harus dapat memahami apa yang disampaikan klien, mengerti maksud klien dan memberikan respon terhadap apa yang disampaikan klien.

4. Memahami klien

Salah satu proses *caring* yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memahami klien (Swanson, 1991). Menurut Bulfin (2005 dalam Potter & Perry 2009) menyatakan bahwa dengan memahami klien secara menyeluruh akan dapat membantu perawat dalam merespon apa yang menjadi persoalan klien. Memahami klien maka perawat akan terhindar dari asumsi, berfokus pada klien, dan ikut serta dalam hubungan *caring* dengan klien yang memberikan informasi dan petunjuk untuk dapat berpikir kritis dan memberikan penilaian klinis.

Dengan memahami klien dapat menjadi pertimbangan perawat dalam mengambil keputusan klinis. Hal terpenting bagi perawat pemula adalah pemahaman klien bukan hanya sekedar mengumpulkan data kondisi klien dan gejala klinis yang dialami klien (Potter & Perry, 2009).

2.9. *Family Psychoeducation* berbasis *Caring*

Family Psychoeducation berbasis *Caring* adalah salah satu elemen program perawatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terdiri dari dua sesi, yaitu :

2.9.1. Sesi 1 : Edukasi masalah keluarga

Pada sesi ini perawat dan keluarga bersama-sama mengidentifikasi masalah yang timbul di keluarga karena memiliki penderita gangguan jiwa. Hal yang perlu diidentifikasi adalah makna gangguan jiwa bagi keluarga, dan dampaknya bagi orangtua, anak, saudara kandung, dan pasangan.

Tujuan utama pada sesi ini adalah keluarga mempercayai dan meyakini akan bisa melalui masalah atau proses kehidupan dan masa transisi dalam hidupnya untuk menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, menumbuhkan sikap optimism, dan mengambil hikmah dari setiap masalah atau peristiwa, dan selalu ada untuk anggota keluarga yang sedang menderita gangguan jiwa. Selain itu diharapkan keluarga berusaha mengerti kejadian-kejadian yang memberikan makna dalam kehidupan penderita. Keluarga dapat mengetahui kebutuhan penderita, menggali/mencari informasi tentang penderita secara detail, peka terhadap bahasa verbal dan non verbal, focus pada satu tujuan keperawatan, serta melibatkan perawat atau petugas kesehatan dalam perawatan penderita gangguan jiwa.

Program edukasi pada sesi 1 yaitu memberikan pengetahuan kepada keluarga tentang ADL (mandi, berpakaian, menyisir rambut, menggosok gigi, menyiapkan makan, mencuci piring, merapikan rumah, berbelanja ke toko/warung, dan membuat jadwal kegiatan sehari-hari) dan sosialisasi (mengobrol dengan anggota keluarga, mengobrol dengan anggota keluarga yang lain, mengobrol dengan orang lain yang tidak serumah, melibatkan penderita dalam kegiatan keluarga, dan memberikan pujian pada penderita).

2.9.2. Sesi 2 : Perawatan penderita gangguan jiwa

Pada sesi 2 ini berfokus pada edukasi keluarga mengenai masalah yang dialami penderita. Intervensi edukasi didasarkan pada diagnose keperawatan yang muncul pada klien (khususnya gangguan pemenuhan ADL dan sosialisasi). Menurut Townsend (2009), dampak positif program psikoedukasi dengan memberikan informasi mengenai penyakit dan perawatannya pada keluarga, dan memberikan saran mengenai coping yang baik akan menurunkan kecenderungan penderita untuk kambuh.

Tujuan utama sesi 2 adalah keluarga diharapkan tidak hanya ada di rumah, tetapi juga saling berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa untuk berbagi apa saja yang dirasakan penderita. Secara emosional memberikan dukungan dan kenyamanan serta memantau penderita baik secara fisik maupun emosional. Keluarga dapat mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan penderita, memberikan kenyamanan dan menjaga privasi serta martabat penderita. Selain itu, keluarga dapat memberikan kemudahan atau memberdayakan penderita, memfasilitasi penderita agar dapat melewati masa transisi dalam hidupnya. Dengan cara keluarga memberikan

informasi kepada penderita gangguan jiwa, menjelaskan, mendukung dengan focus pada masalah, dan menghasilkan alternative pemecahan masalah sehingga meningkatkan penyembuhan penderita atau penderita mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dia lakukan, tetapi seharusnya penderita bisa lakukan, dengan memberikan dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik/*feedback*.

Program edukasi pada sesi 2 adalah melatih keluarga untuk mengajak, membimbing dan mendampingi penderita gangguan jiwa dalam pemenuhan kebutuhan ADL dan sosialisasi.

1.4.Keaslian Penelitian

Jurnal yang dipakai untuk mendukung penelitian ada yang jurnal dari Indonesia dan dari jurnal internasional. Pencarian jurnal dilakukan melalui akun *Science Direct*, *Proquest*, *Springer*, *Cambridge University Press*, Jurnal Keperawatan Soedirman. *Key word* yang digunakan adalah “*family therapy*”, “*Psychoeducation*”, “*family psychoeducation*”, “terapi keluarga”, “psikoedukasi keluarga”. Dari beberapa jurnal yang keluar kemudian dipilih jurnal yang sesuai dengan topic penelitian.

Tabel. 1.1. Keaslian penelitian

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
1	<i>Families with a disabled member: impact and family education.</i> Elena Benito Lara & Carmen Carpio de los Pinos. 2016	Kualitatif, Literatur Review	Sampel: 4 + 41 partisipan, teknik sampling : <i>purposive sampling</i>	Keluarga dengan anggota keluarga penyandang cacat, dampak, pendidikan keluarga			Penguatan/pemberdayaan dapat meningkatkan kualitas hidup keluarga
2	<i>Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature.</i> William R.McFarlane, Lisa Dixon, Ellen Lukens, Alicia Lucksted, 2003	Literature review	Sampel: 895, teknik sampling: <i>random sampling</i>	Psikoedukasi keluarga, skizofrenia			Pemberian FPE dapat mengurangi keterbatasan pasien
3	<i>Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality.</i>	Korelasi	Sampel: 90, <i>cohorts of a randomized clinical trial</i>	Psikoedukasi keluarga, beban keluarga	BPRS, mSANS	Regresi linear ANCOVA	MFGT tidak signifikan memengaruhi family caregiver burden

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	Michael G. Mc.Donell, Robert A.Short, Christoper M. Berry, Dennis G.Dyck. 2003						
4	Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga Dalam merawat klien isolasi sosial. Ruti Wiyati, Dyah Wahyuningsih, Esti Dwi Widayanti. 2010	Quasi eksperimen	Sampel: 48, teknik sampling: <i>random sampling</i>	Psikoedukasi keluarga, kemampuan keluarga merawat klien isoalsi sosial	kuesioner	Uji univariat dengan menggunakan uji c hi-square dan uji bivariat menggunakan analisis Independent Sample t-tes dan paired t-test .	Terapi Psikoedukasi Kelurga meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor secara bermakna
5	<i>From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time.</i> Marlene Sapine, Eric D. Widmer, Katia Iglesias. 2016	Quasy eksperimen t	Sampel: 60, <i>Purposive sampling.</i>	Pola asuh, kesehatan psikologi	<i>family network method (FNM) questionnaire, an egocentric network collection tool, Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R</i>	<i>validated multivariate statistical, Pearson correlations, STATA's mixed command</i>	Pola asuh berhubungan dengan kesehatan psikologi
6	<i>Strengths of families to limit relapse in mentally ill family members.</i> Tlalefi T. Tlhowe,	<i>phenomeno logical design</i>	Sampel : 15 anggota keluarga, tekik sampling : <i>Purposive sampling</i>	Dukungan anggota keluarga, kekambuhan penderita gangguan jiwa	Interview tidak terstruktur	Analisis tema	Empat tema utama yang teridentifikasi : kondisi penderita, kepercayaan/keyakinan, keterlibatan

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	Emmerentia du Plessis, Magdalene P. Koen. 2017						penderita dalam kegiatan sehari-hari, keterbukaan antar anggota keluarga.
7	<i>“Family Education and Support” program for families at Psychosocial risk: The role of implementation process.</i> Maria Victoria Hidalgo, Lucia Jimenez, Isabel Lopez, Barbara. L, Jose. S. 2016	Crossectional	Sampel: 155 participant, teknik sampling: <i>purposive sampling</i> .	Edukasi dan dukungan keluarga, resiko gangguan psikososial.	<i>questionnaires about family dynamics.</i>	<i>Cluster analyses, parametric (Student t test) and nonparametric (Mann–Whitney test)</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara Edukasi dan dukungan keluarga dengan resiko gangguan psikososial .
8	<i>Childhood family wealth and mental health in a national cohort of young adults.</i> Felice. LS, Allison. BB, Robert. FS. 2016	Cohort studi	Sampel: 2060 remaja, teknik sampling: <i>purposive sampling</i> .	Pola asuh anak keluarga kaya dan kesehatan mental, remaja	<i>K-6 nonspecific psychological distress scale (range 0–24)</i>	<i>R version 3.1.2</i>	Status sosial ekonomi mempengaruhi kesehatan mental
9	<i>Race-Related Differences in the Experiences of Family members of Persons with Mental Illness Participating in the NAMI Family to Family Education</i>	Quasy experiment	Sampel : 293 keluarga kulit putih dan 107 keluarga Africa America, teknik sampling: <i>random sampling</i> .	Partisipasi anggota keluarga gangguan jiwa, Program edukasi keluarga	interview	t tests and Chi square tests, linear regression models (SAS, version 9.2, PROC MIXED procedure)	Ada hubungan pada coping penyelesaian masalah. Keluarga Amerika Afrika mempunyai tingkatan yang lebih tinggi dalam sistem

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	<i>Program. Melissa. ES, Michael. AL, Crystal. DW. 2014</i>						pemberdayaan dengan metode koping positif.
10	<i>Family Influence in Recovery from Severe Mental Illness. Heather Michelle. A, Rob Witley. 2015</i>	qualitative	Sampel : 54 orang, teknik sampling : <i>purposive sampling.</i>	Pengaruh keluarga dalam penyembuhan, gangguan jiwa berat	<i>semi-structured interviews</i>	<i>Atlas-ti qualitative data analysis software.</i>	Psikoedukasi keluarga sangat penting untuk meningkatkan kproses penyembuhan penderita
11	<i>Towards a Cultural Adaptation of Family Psychoeducation: Findings from Three Latino Focus Groups. Veronica. H, Scott. S, Roberto. LF, Edith. K, Anthony. S, Molly. F. 2013</i>	Qualitative, Focus Group Procedures	Sampel: 3 focus group, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Budaya adaptasi pada psikoedukasi keluarga	<i>protocol summary consent form.</i>	<i>qualitative content analysis,</i>	<i>Analysis of transcripts revealed specific subthemes for each category</i>
12	<i>Burdens and Psychological Health of family Caregivers of People with Schizophrenia in Two Chinese Metropolitan Cities: Hong Kong and Guangzhou. Paul. CWL, Petrus. Ng, Chistoper. T. 2013</i>	croosectiona l	Sampel: 39 caregiver di Hong Kong dan 70 caregiver di Guangzhou, teknik sampling: <i>convenience sampling stratagem</i>	<i>Burdens and Psychological Health of family Caregivers</i>	<i>Involvement Evaluation Questionnaire and the General Health Questionnaire.</i>	MANOVA, ANOVA	Ada hubungan antara beban merawat dengan kesehatan psikologi caregiver

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
13	<i>Social Support and Religion: Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia.</i> A. Surolk, RE. Geating, D. Alonso. S. Baldwin, S. Harmon, K. McHugh. 2013	<i>Sistematis review</i>	43 original research	Dukungan sosial dan religi pelayanan kesehatan jiwa	<i>review paper</i>		Religi/keagamaan mempengaruhi perawatan/terapi skizofrenia.
14	<i>Searching for a normal life : Personal Accounts of adult with Schizophrenia, their parents and well-siblings.</i> Catherine. HS, Virginia. AW. 2001	qualitative	Sampel: 22 individu dari 6 keluarga, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Hidup normal, skizofrenia, orang tua dan perbedaan dengan saudara kandung	<i>Interview</i>	<i>analysis of personal account</i>	Skizofrenia mempengaruhi harapan, aktivitas dan rencana hidup.
15	<i>Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia.</i> Mao. SR, Meng. ZX, Cecillia. LWC. Julian Leff. 2003	crossectional	Sampel: 326, teknik sampling: <i>cluster randomized.</i> (3 kelompok)	Intervensi psikoedukasi, keluarga Cina pedesaan	<i>medical records, the Present State Examination (PSE-9, Chinese translation), the General Psychiatric Interview Schedule and Summary Form, the Social Disability Screening Schedule (SDSS),</i>	<i>Nonparametric statistical test (χ^2), analysis of variance, ANOVA, Pearson's correlation coefficient and multiple regression</i>	Intervensi psikoedukasi keluarga efektif dan sesuai untuk rehabilitasi psikiatri di komunitas Cina pedesaan.

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
					<i>Relatives Investigation Scale and the Relatives' Beliefs Scale</i>		
16	<i>Mental Health Professionals' Social Constructions of Families of People with Serious Mental illness.</i> Joanne Riebschleger. 2001	qualitative	Sampel: 73 partisipan, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Keluarga penderita gangguan jiwa berat	<i>most frequently reported social constructions</i>		Rekomendasi : skala pembangunan, pengembangan model keluarga, implementasi program psikoedukasi keluarga, rekomendasi termasuk melatih tenaga kesehatan jiwa professional, menambah kerjasama tim pelayanan professional dan keluarga.
17	<i>The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area.</i> MS. Ran, CLW. Chan,	Quasy experiment	Sampel: 326, teknik sampling: <i>cluster randomized control trial (CRCT)</i>	Intervensi psikoedukasi keluarga, skizofrenia	<i>The Patients Follow-up Scale, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Global Assessment of Functioning</i>	<i>ANOVA, Cox hazard regression analyses (survival analyses).</i>	Psikoedukasi keluarga efektif diberikan, terutama untuk kepatuhan penderita dan fungsi sosial.

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	SM. Ng, LT. Guo, MZ. Xiang. 2015						
18	<i>Family Network Support And Mental Health Recovery.</i> Francesca Pernice. D. 2010	crossectional	Sampel: 169, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Dukungan keluarga dan penyembuhan penderita gangguan jiwa.	<i>Interview, The Recovery Assesment Scale</i>	MANOVA	Dukungan dan timbal balik dengan anggota keluarga penting untuk dukungan dan penyembuhan penderita.
19	<i>Collaboration and congruence between family member and case manager perceptions in the treatment of individuals with Schizophrenia.</i> Susan Bischel. 2001	Quantitative-correlation	Sampel: 49 <i>case manager-family member</i>	Anggota keluarga dan manajemen kasus, perawatan individu dengan skizofrenia.	<i>Caregiver Burden Scale, the Client Satisfaction Questionnaire, the Family/Professional Collaboration Scale</i>	<i>paired sample t-tests</i>	Ada hubungan yang kuat antara keluarga-kolaborasi profesional dan pemberi pelayanan. Hubungan yang signifikan antara dua grup responden.
20	<i>Mental health practitioners' views of barriers to collaboration with the families of individuals with schizophrenia.</i> Blake Charles. B. 2006	quantitative (cross-sectional) dan qualitative	Sampel: 150, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Praktisi kesehatan jiwa, individu dengan skizofrenia.	<i>(1) quantitative questionnaire administered to practitioners, (2) secondary data analysis on VMH database information (3) qualitative question</i>	<i>Independent samples t-test and one-way analysis, A multiple regression, Pearson's correlation and ANOVA, Nonparametric tests, deductive and inductive methods from the grounded.</i>	Individu dengan skizofrenia menyebabkan beban kerja praktisi lebih tinggi. Penggunaan rawat inap dan lama hari rawat lebih tinggi secara signifikan dibandingkan dengan penderita dengan diagnosis lain.

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
						<i>theory approach</i>	
21	<i>The effect of family functioning and family sense of competence on people with mental illness.</i> Eric. D Johnson. 1998	Quasy experiment	Sampel: 180, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Fungsi keluarga, perasaan keluarga, orang dengan gangguan jiwa.	<i>Semi-structured interview, the clinical rating scale, The Family Functional Scale, Family members Sense of Competence</i>	<i>Multiple regression analisys</i>	Hubungan secara signifikan antar variable dengan level adaptasi keluarga penderita gangguan jiwa.
22	<i>Boundaries between parent and family education and family therapy: The levels of family involvement model.</i> Doherty, Willia.. J. 1995	Qualitative		Orang tua, edukasi keluarga, family terapi: model tahapan tigtat keterlibatan keluarga.	LFI Model		5 tingkatan model terkait hubungan keluarga, edukasi dan terapi.
23	<i>Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district, KwaZulu-Natal.</i> Celenkosini. TN, Gugu. GM. 2017	descriptive qualitative study	Sampel: 6 anggota keluarga, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Stigma, pengalaman anggota keluarga dengan penderita gangguan jiwa.	<i>Semi-structured interview questions</i>	<i>Creswell's method</i>	Mayoritas peserta melaporkan menggunakan mekanisme coping yang berfokus pada emosi untuk mengatasi stigma yang mereka hadapi.
24	<i>Social Capital, Family Supports and Mental Health among a Female Group in Tehran.</i>	descriptive correlation	Sampel: 200 perempuan, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Sosial ekonomi, dukungan keluarga, kesehatan jiwa, perepuan	<i>Social Capital and Family Supports Questionnaire, Mental Health</i>	<i>Multiple Regression</i>	Dukungan keluarga dan sosial ekonomi penting dalam tingkat kesehatn jiwa perempuan

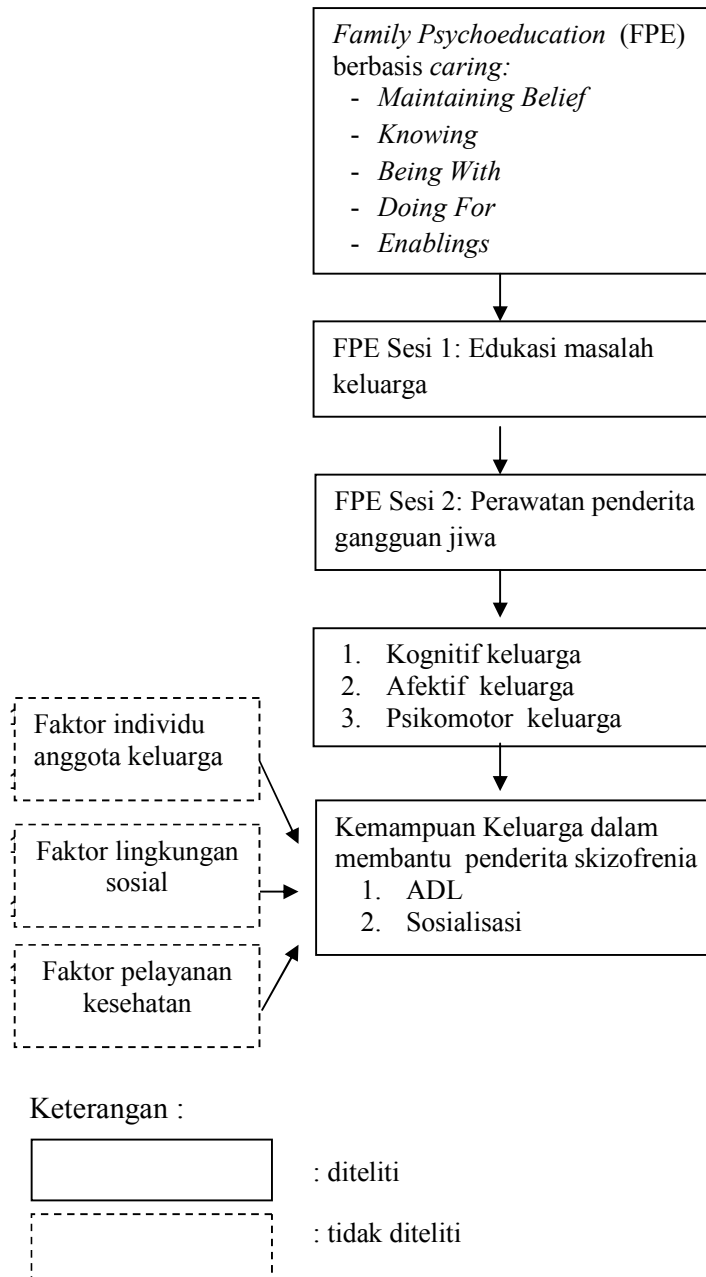
No	Judul	Desain Penelitian	Sampel & Teknik Sampling	Variabel	<i>Questionnaire</i> Instrument	Analisis	Hasil
25	Ehsaneh. BN. 2011 <i>Mental Health Problems in Young Children: the Role of Mothers' Coping and Parenting Styles and Characteristics of Family Functioning.</i> Evgeni. LN, Elvira. AB, Svetlana. AP. 2016	correlations	Sampel: 194 remaja dan ibunya, teknik sampling: <i>purposive sampling</i>	Masalah kesehatan jiwa, coping ibu dan pola asuh fungsi keluarga.	<i>a standardized socio-cultural interview, a coping mode inventory, a coping strategy indicator, an inventory for analyzing family relationships</i>	<i>MHP</i>	Disfungsi coping ibu dan pola asuh mempengaruhi kesehatan jiwa anak.

Di dalam penelitian diatas semuanya meneliti tentang peran atau keterlibatan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa, termasuk penelitian tentang coping keluarga, beban keluarga, motivasi keluarga, dan peran keluarga dalam merawat anggota keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa di rumah. Belum ada yang meneliti tentang psikoedukasi keluarga berbasis *caring*. Oleh karena itu peneliti bermaksud mengadakan penelitian tentang psikoedukasi keluarga yang menambahkan dimensi *caring* dalam intervensi yang diberikan pada keluarga untuk merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian pengembangan model terapi keluarga berbasis *Caring* pada keluarga penderita skizofrenia (Cartwright, 2007; Stuart & Laraia, 2009; Swanson, 1991)

Dari kerangka konsep diatas dapat dijelaskan bahwa intervensi *Family Psychoeducation (FPE)* berbasis *caring* yang terdiri dari lima dimensi, yaitu : *Maintaining Belief, Knowing, Being With, Doing For, dan Enablings* diberikan kepada keluarga penderita skizofrenia yang mengalami gangguan dalam pemenuhan *Activity Daily Living (ADL)* dan sosialisasi. FPE diberikan dalam dua sesi, yaitu sesi 1 tentang pengkajian masalah keluarga dan sesi dua tentang perawatan penderita gangguan jiwa. Intervensi FPE diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan/kognitif keluarga. Dengan bertambahnya pengetahuan, maka afektif (sikap dan nilai) keluarga untuk membantu penderita dalam memenuhi ADL dan sosialisasi akan meningkat yang akan terwujud dalam perilaku/tindakan (psikomotor) keluarga untuk membantu penderita yang meningkat. Peningkatan kognitif, afektif dan psikomotor dari keluarga menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kemampuan keluarga dalam membantu penderita skizofrenia dalam pemenuhan ADL dan sosialisasi.

Faktor lain yang memungkinkan juga bisa meningkatkan kemampuan keluarga dalam membantu penderita skizofrenia adalah faktor individu anggota keluarga (tingkat pendidikan, pekerjaan dan motivasi anggota keluarga), faktor lingkungan sosial (tingkat pergaulan anggota keluarga yang luas, dukungan sosial masyarakat, dan dukungan media sosial seperti televisi, radio, majalah/surat kabar), dan faktor pelayanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit, rumah sakit jiwa, perawat jiwa dan dokter spesialis jiwa).

3.2 Hipotesis

Hipotesis (H1) dalam penelitian ini adalah :

1. *Family Psychoeducation* berbasis *caring* meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan *activity daily living* penderita skizofrenia
2. *Family Psychoeducation* berbasis *caring* meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *True Experimental (pre & post test) Design*. Rancangan ini berupaya mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan melibatkan kelompok kontrol dan kelompok eksperimental (Nursalam, 2013). Di dalam penelitian *True experimental (pre & post test) design*, peneliti membagi sampel menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan/intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi dan kelompok kontrol semua sudah pernah mendapatkan edukasi perawatan penderita skizofrenia dari perawat puskesmas/ponkesdes. Kelompok perlakuan/intervensi mendapatkan intervensi FPE berbasis *caring*, sedangkan kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi FPE berbasis *caring*, tetapi mendapatkan edukasi dan perawatan dari perawat puskesmas/ponkesdes. Kedua kelompok dinilai kemampuannya merawat anggota keluarganya sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) dilakukan intervensi.

Sampel	Kelompok	Pra	Perlakuan	Post-tes
R	n-A	O	I	O-A
	n-B	O	i	O-B
		Time 1	Time 2	Time 3

Gambar 4.1: Rancangan Penelitian *True Eksperimental* (Nursalam, 2013)

Keterangan:

R : Randomisasi

N : populasi/subjek (keluarga)

n-A : sampel perlakuan

- n-B : sampel kontrol
- I : Intervensi (FPE dengan berbasis *caring*)
- i : edukasi dari perawat puskesmas
- O : Observasi kemampuan keluarga merawat sebelum intervensi
- O-A : Observasi kemampuan keluarga merawat anggota keluarga sesudah FPE berbasis *caring* kelompok perlakuan
- O-B : Observasi kemampuan keluarga merawat anggota keluarga sesudah edukasi dan perawatan dari perawat puskesmas kelompok kontrol

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono,2011)

Populasi pada penelitian ini adalah semua keluarga yang mempunyai anggota keluarga penderita skizofrenia yang mengalami gangguan pemenuhan ADL dan sosialisasi yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo. Setelah dilakukan *screening* didapatkan penderita skizofrenia yang mengalami gangguan pemenuhan ADL dan sosialisasi sejumlah 112 orang yang tersebar pada 20 desa.

4.2.2 Sampel Penelitian

Pengertian dari sampel adalah sebagian dari subyek dalam populasi yang diteliti, yang sudah tentu mampu secara representative dapat mewakili populasinya (Sabar,2007).

Menurut Sugiyono sampel adalah bagian atau jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, missal karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti akan mengambil

sampel dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representative (Sugiyono, 2011).

Sampel pada penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga penderita skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi.

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Keluarga yang merawat langsung dan tinggal satu rumah dengan penderita
- b. Usia keluarga diatas 17 tahun
- c. Keluarga yang dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Keluarga yang bisa membaca dan menulis
- e. Kooperatif dan bersedia menjadi responden
- f. Bersedia berpartisipasi penuh dalam penelitian

2. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Keluarga yang mendapatkan pengetahuan tentang FPE dari media sosial seperti televisi, radio, majalah/surat kabar
- b. Keluarga yang mendapatkan FPE dari rumah sakit/ rumah sakit jiwa

4.2.3 *Sampling*

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2016). Penghitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji perbedaan antara dua rata-rata dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 95% dan uji hipotesis dua

sisi (Lemeshow, dkk, 1997) dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

σ : Standar deviasi

μ_1 : Rata-rata setelah dilakukan intervensi

μ_2 : Rata-rata sebelum dilakukan intervensi

$\mu_1 - \mu_2$: Selisih rata-rata setelah dan sebelum intervensi adalah 1,5

$Z_{1-\alpha}$: Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha:5\%=1,96$)

$Z_{1-\beta}$: Nilai z pada kekuatan uji $1-\beta$ adalah 0,84

(Masithoh, 2011)

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{2 \cdot 2^2 (1,96 + 0,84)^2}{1,5^2} = 27,9 = 28$$

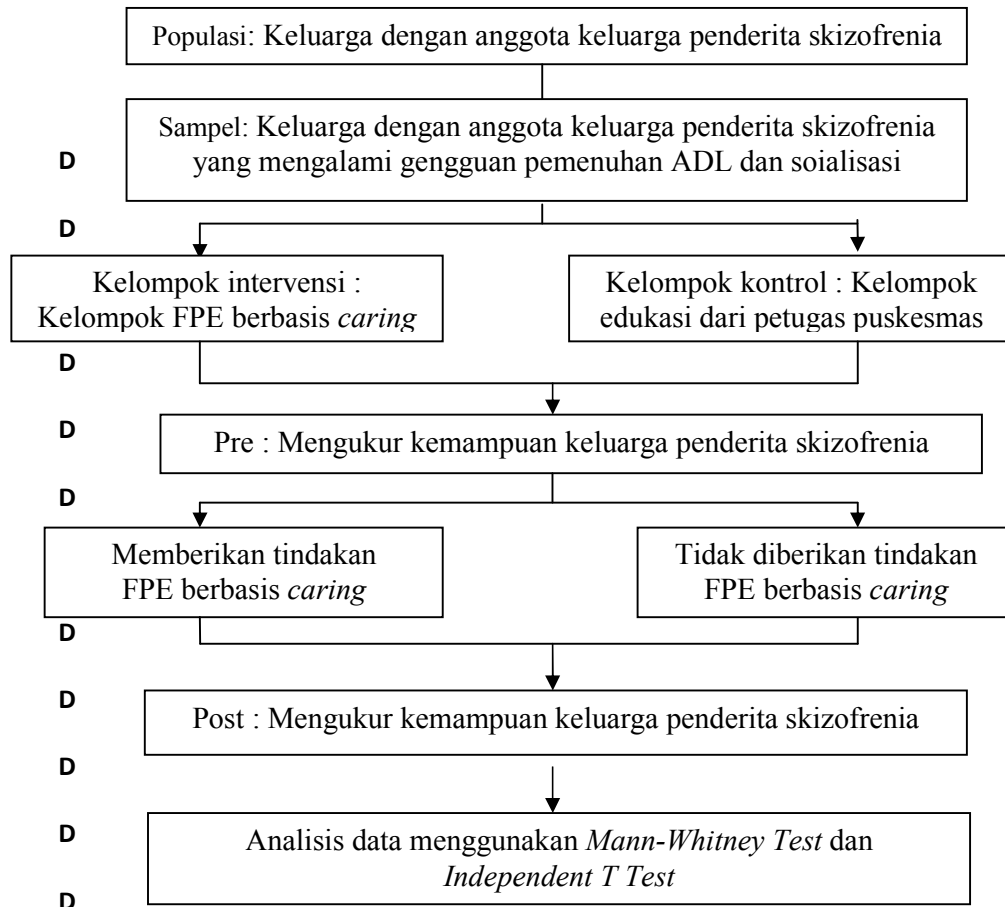
Berdasarkan perhitungan pengambilan sampel maka didapatkan hasil sampel dalam penelitian ini sebanyak 28 sampel, pada studi *true eksperimental* di khawatirkan adanya responden yang *drop out*, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian

ditambahkan 10% dari jumlah sampel (Yount, 1999). Sehingga jumlah sampel menjadi : $28 + 2,8 = 30,8$, dikenakan menjadi 31 keluarga.

Teknik pengambilan sampel/teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 1995 dalam Nursalam, 2016).

Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling*. Pemilihan sampel dengan *simple random sampling* merupakan jenis probabilitas yang paling sederhana. Untuk mencapai sampling ini, setiap elemen diseleksi secara acak (Nursalam, 2016). Nama penderita dan keluarga yang memenuhi kriteria inklusi ditulis pada kertas, diletakkan di kotak, diaduk dan diambil secara acak sebanyak 62 kertas. Nama keluarga yang terambil akan dijadikan sebagai sampel. Dari 62 keluarga kemudian dibagi 2, 31 keluarga sebagai kelompok perlakuan dan 31 keluarga sebagai kelompok kontrol. Dari jumlah populasi sebanyak 112 orang, selanjutnya dibuatkan lotre dan diambil 31 untuk kelompok intervensi dan 31 untuk kelompok kontrol.

4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1: Kerangka Kerja pemberian intervensi FPE (*Family Psychoeducation*) berbasis *caring* pada keluarga penderita skizofrenia

Variabel independen pada penelitian ini adalah *Family Psychoeducation* berbasis *caring*. Variabel dependen pada penelitian ini adalah kemampuan keluarga dalam meningkatkan *Activity Daily Living (ADL)* dan sosialisasi penderita skizofrenia. Sedangkan variabel eksternal/perancu diantaranya adalah faktor individu anggota keluarga, faktor lingkungan sosial, dan faktor pelayanan kesehatan.

4.4.2 Definisi operasional

Tabel 4.3 Definisi Operasional Variabel

variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skor	Skala
X1: <i>Family Psychoeducation</i> berbasis <i>caring</i>	Kegiatan pemberian edukasi kepada keluarga untuk merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia dengan penuh kasih sayang, perhatian dan keikhlasan, penuh keyakinan, optimis dan saling menghargai	1. Mengenal masalah gangguan ADL dan sosialisasi dengan mempercayai, meyakini, dan berusaha mengetahui dan mengerti tentang masalah yang dihadapi. 2. Mengajak, membimbing dan mendampingi penderita skizofrenia dalam menjalankan ADL dan sosialisasi dengan cara memberikan dukungan dan kenyamanan, mengantisipasi kebutuhan, keamanan, menjaga privasi dan martabat serta memberdayakan penderita skizofrenia	modul	-	-
Y1: Kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita	Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia untuk meningkatkan ADL penderita (mandi, berpakaian, menyisir rambut, menggosok gigi, menyiapkan makan, merapikan rumah, belanja ke	1. Mengenal masalah ADL 2. Merawat penderita gangguan ADL 3. Membimbing penderita gangguan ADL 4. Mendampingi penderita gangguan ADL	kuesioner	TP = Tidak Pernah (skor 1), KK = Kadang-kadang (skor 2), SR = Sering (skor 3), SL = Selalu (skor 4).	interval

variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skor	Skala
	toko/warung				
Kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi	Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia untuk meningkatkan sosialisasi penderita (berkomunikasi dengan keluarga, berkomunikasi dengan anggota keluarga lain, berkomunikasi dengan orang lain, terlibat kegiatan keluarga, memberikan pujian)	1.Mengenal masalah gangguan sosialisasi 2.Merawat penderita gangguan sosialisasi 3.Membimbing penderita gangguan sosialisasi 4.Mendampingi penderita gangguan sosialisasi	kuesioner	TP = Tidak Pernah (skor 1), KK = Kadang-kadang (skor 2), SR = Sering (skor 3), SL = Selalu (skor 4).	interval

4.5 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian merupakan suatu alat ukur yang digunakan dalam pengumpulan data yang ditunjukkan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2016).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Modul *Family Psychoeducation* berbasis *caring*

Modul yang digunakan sebagai buku panduan atau buku kerja yang digunakan selama memberikan intervensi kepada responden.

2. *Booklet* untuk media edukasi keluarga

Suatu perpaduan dari buku dan leaflet yang berisi materi tentang skizofrenia dan cara perawatannya, serta dilengkapi dengan gambar-gambar untuk memudahkan keluarga memahami dan mengaplikasikan dalam perawatan penderita skizofrenia sehari-hari di rumah.

3. *Checklist* untuk *screening* penderita skizofrenia.

Panduan penilaian penderita skizofrenia untuk diketahui adanya gangguan dalam ADL atau sosialisasinya. *Checklist* atau panduan *screening* terdiri dari 5 aspek penilaian. Yaitu : gangguan kebersihan diri, ketidakmampuan berhias/berdandan, ketidakmampuan makan secara mandiri, ketidakmampuan beraktivitas, dan ketidakmampuan bersosialisasi.

4. Kuesioner untuk mengumpulkan data keluarga dan untuk menilai kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia. Kuesioner yang digunakan terdiri dari 3 kuesioner. Kuesioner A untuk data diri responden dan data diri penderita skizofrenia, kuesioner B untuk mengukur kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia yang terdiri dari 38 pertanyaan. Dan kuesioner C untuk mengukur kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia yang terdiri dari 16 pertanyaan.

4.5.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Suatu instrumen yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi, dan sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini dilakukan uji Validitas dan Reliabilitas pada kuesioner kemampuan keluarga.

1) Uji validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan alat ukur dalam mengukur suatu data, sedangkan uji reliabilitas dilakukan untuk mengukur sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila

dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007).

Uji Validitas yang dilakukan adalah dengan melakukan uji instrumen yang sedang dikembangkan yaitu mengenai kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL (kuesioner B), kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi (kuesioner C).

Validitas instrumen diuji dengan teknik korelasi *pearson product moment* yaitu melihat korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Item dikatakan valid jika nilai signifikansi r hitung lebih besar daripada r tabel. Jika r tiap butir pertanyaan bernilai positif dan lebih besar dari r tabel (lihat *corrected item-total*), maka butir pertanyaan tersebut dinyatakan valid (Sunyoto, 2010).

Uji validitas dilakukan pada tanggal 20 dan 22 Februari 2018 dengan mengambil data pada wilayah kerja Puskesmas Ngrandu yang mempunyai karakteristik wilayah atau demografi sama dengan wilayah Puskesmas Balong. Hasil uji validitas menyatakan bahwa kuesioner B (kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL) valid karena r hitung lebih besar daripada r tabel (0,553) dan nilai signifikansi (Sig.) dibawah 0,05. Sedangkan kuesioner C (kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi) juga dinyatakan valid karena r hitung lebih besar daripada r tabel (0,553) dan nilai signifikansi (Sig.) dibawah 0,05.

2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Butir pertanyaan

dikatakan reliabel atau handal apabila jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten. Uji reliabilitas menggunakan metode *Alpha Cronbach*. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila *Cronbach's Coefficient-Alpha* lebih besar dari nilai r-tabel (Sugiyono, 2006).

Uji Reliabilitas yang dilakukan adalah dengan melakukan uji instrumen yang sedang dikembangkan yaitu mengenai kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL (kuesioner B), kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi (kuesioner C).

Nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* pada kuesioner B dinyatakan reliabel dengan nilai $\alpha = 0,760$ menunjukkan bahwa nilai α diatas r tabel (0,553). Sedangkan untuk kusioner C didapatkan nilai $\alpha = 0,988$, lebih besar dari pada r tabel (0,553) sehingga instrumen tersebut dinyatakan reliabel.

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo yang terdiri dari 20 desa. Waktu penelitian dimulai pada bulan Desember 2017 sampai dengan Juni 2018. Waktu pretest sampai dengan post test pada kedua kelompok dilakukan mulai tanggal 19 Maret sampai 26 Mei 2018.

4.7 Prosedur pengambilan atau pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan perizinan dari Bakesbangpollinmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo. Surat pengantar dari Bakesbangpollinmas (nomor: 072/12/405.30/2018 tertanggal 5 Maret 2018) kemudian diantar ke Puskesmas Balong untuk mendapatkan

perijinan penelitian. Setelah mendapatkan ijin dari kepala puskesmas, peneliti kemudian menemui pemegang program kesehatan jiwa untuk mendapatkan data pasien gangguan jiwa. Peneliti kemudian mengunjungi responden untuk melakukan *screening*. Pemilihan responden dilakukan dengan mengacu pada kriteria inklusi.

Prosedur selanjutnya yang dilakukan peneliti adalah membagi sampel menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Responden dipilih secara acak untuk dimasukkan ke dalam kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Penjelasan penelitian dan *Informed consent* diberikan terlebih dahulu sebelum dilakukan *pre test* pada responden. *Informed consent* disetujui dan ditandatangani (cap jempol) oleh responden.

Selanjutnya masing-masing kelompok diukur kemampuan merawat anggota keluarga sebelum intervensi (*pre test*), kemudian peneliti memberikan intervensi pada kelompok perlakuan. Intervensi FPE diberikan dalam 2 sesi. Dimana sesi 1 tentang mengkaji masalah keluarga dan sesi 2 tentang perawatan penderita skizofrenia. Masing-masing sesi dengan durasi waktu 40 menit. Setelah diberikan FPE berbasis *caring*, kemudian keluarga diberi waktu selama satu minggu untuk melakukan perawatan sesuai edukasi yang sudah diberikan. Peneliti memberikan intervensi berupa *Family Psychoeducation* berbasis *caring* dengan media *booklet*. Hal ini dimaksudkan agar keluarga lebih mudah memahami edukasi yang diberikan dan sebagai bahan pembelajaran dan mengingat kembali apabila ada materi yang mungkin lupa. Setelah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan, kedua kelompok diukur kemampuannya dalam merawat penderita skizofrenia (*post test*).

Sesudah itu dilakukan tabulasi data. Selama proses penelitian, keluarga diberikan hak untuk mengundurkan diri dan di *drop out* dari sampel penelitian. Tetapi selama penelitian berlangsung, tidak ada keluarga yang *drop out*. Pada kunjungan pertama, peneliti didampingi oleh perawat puskesmas atau perawat ponkesdes yang ditunjuk untuk memperkenalkan diri dan sekaligus *screening*. Untuk kunjungan selanjutnya, peneliti mengunjungi responden sendiri tidak didampingi petugas.

Pemberian intervensi *family psychoeducation* berbasis *caring* yang terdiri dari 2 sesi diberikan dalam waktu satu hari, setelah dilakukan sesi 1 dilanjutkan sesi 2. Hal tersebut dilakukan karena dalam memberikan edukasi, peneliti menggunakan media pembelajaran *booklet* dan dilanjutkan dengan praktek. Penggunaan *booklet* dan praktek akan mempermudah responden dalam memahami isi/materi yang disampaikan. Praktek dapat memberikan pengalaman belajar pada responden. Menurut Arsyad (2007), belajar dengan menggunakan indera ganda yaitu pandang dan dengar akan menguntungkan, karena materi akan mudah diserap oleh sasaran. 90% hasil belajar seseorang diperoleh melalui indera pandang, dan hanya 5% diperoleh melalui indera dengar, dan 5% lagi dengan indera yang lain. Kombinasi belajar dengan indera dengar, pandang dan pengalaman akan sangat membantu sasaran lebih mudah memahami dan menirukan materi yang disampaikan.

4.8. Cara Analisis data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dalam mengungkapkan fenomena (Nursalam, 2011).

Setelah data terkumpul, ditabulasi dan dikelompokkan sesuai variable yang diteliti., kemudian dilakukan :

1. Analisis Univariat

Analisis univariat untuk mendiskripsikan setiap variabel/sub variabel secara terpisah dengan penyajian data melalui tabel, grafik atau diagram. Pada penelitian ini mendiskripsikan karakteristik responden (usia, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan per bulan, hubungan dengan penderita) dan karakteristik penderita skizofrenia (usia, jenis kelamin, lama menderita sakit, rutinitas berobat, tempat berobat, jumlah kekambuhan).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk melihat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Sebelum dilakukan analisa data, terlebih dahulu dilakukan:

- a. Uji normalitas. Untuk mengetahui distribusi data normal menggunakan *test of normality saphiro wilk* karena sampel tiap kelompok ≤ 50 . Distribusi data diartikan normal apabila diperoleh nilai kemaknaan pada kedua kelompok $p\text{ value} > 0,05$.
- b. Jika data terdistribusi normal, maka data dianalisis dengan statistik parametrik menggunakan uji *paired t test* atau *independent t test*. Jika data terdistribusi tidak normal, maka data dianalisis dengan statistic non parametrik *Mann Whitney*.
- c. Untuk mengetahui perbedaan kemampuan antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol peneliti menggunakan uji *Mann Whitney* karena

data terdistribusi tidak normal. Hipotesis penelitian diterima jika nilai signifikansi ($p < 0,05$), dan hipotesis ditolak jika nilai signifikansi ($p > 0,05$) (Nursalam, 2016).

4.8.1 Uji Hipotesis

Penelitian ini menggunakan uji *Mann-Whitney Test* untuk menganalisa perbedaan hasil kemampuan keluarga antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hipotesis diterima apabila $p < 0,05$.

Berdasarkan uji *Mann-Whitney* didapatkan hasil kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia pada kelompok intervensi mempunyai nilai signifikansi 0.000 yang berarti dibawah 0,05, maka dapat disimpulkan hipotesis diterima. Untuk kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi mendapatkan hasil nilai signifikansi 0.000 yang berarti dibawah 0,05, maka kesimpulannya adalah hipotesis diterima.

4.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini yang menggunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etika. Peneliti memegang teguh sifat ilmiah, prinsip etik penelitian keperawatan, dan diharuskan melalui uji etik, dengan memperhatikan aspek berikut:

4.9.1 Uji Etik

Uji etik dilaksanakan pada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Proses uji etik dimulai dengan pengiriman berkas protokol telaah uji etik penelitian kesehatan kepada KEPK. Setelah mendapatkan balasan dari reviewer kemudian

protokol etik diperbaiki. Protokol uji etik direview oleh tiga reviewer. Setelah tiga reviewer menyetujui protokol etik yang diajukan maka diterbitkan sertifikat lolos uji etik. Sertifikat Keterangan Lolos Kaji Etik tertanggal 15 Maret 2018 dengan nomor 695-KEPK.

4.9.2 Lembar Persetujuan Penelitian (*informed consent*)

Lembar persetujuan penelitian diperlihatkan dan dijelaskan kepada responden. Tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Responden diminta menandatangani lembar persetujuan. Jika pasien tidak bersedia untuk dimasukkan dalam kelompok yang akan diteliti maka peneliti akan menghormati haknya.

4.9.3 Nama tidak dituliskan (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan, identitas pasien yang akan diteliti tidak dicantumkan namanya pada lembaran pengumpulan data (*check list*) baik yang diisi oleh pasien atau dari hasil pengamatan dan lembaran tersebut hanya diberi nama kode tertentu.

4.9.4 Kerahasiaan (*Confidentiality*).

Semua kerahasiaan informasi baik yang diberikan oleh pasien maupun dari hasil pengamatan dijamin oleh peneliti.

4.9.5 Keadilan (*Justice*)

Peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Peneliti memberikan perlakuan yang sama kepada responden yang dipilih sesuai dengan kelompoknya.

4.9.6 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan ketidaknyamanan dan tidak melanjutkan pengisian kuesioner bila mengalami ketidaknyamanan selama mengikuti proses penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang Pengaruh *Family Psychoeducation* Berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* (ADL) dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Ponorogo. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo yang terdiri dari 20 desa. Jumlah populasi yang memenuhi kriteria gangguan ADL dan sosialisasi berjumlah 112. Sampel diambil dengan teknik *simple random sampling* dengan cara dilotre. Jumlah sampel 62 orang dibagi menjadi dua kelompok, 31 orang masuk dalam kelompok intervensi dan 31 orang masuk dalam kelompok kontrol. Kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test*, kemudian hasilnya dibandingkan. *Pre test*, intervensi dan *post test* dilakukan pada tanggal 19 Maret sampai dengan 26 Mei 2018. Data disampaikan dalam bentuk tabel dan narasi yang meliputi data gambaran lokasi penelitian, data sosiodemografi responden dan penderita, data variabel penelitian dan perhitungan uji statistik.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo. Puskesmas Balong terletak di jalan pemuda No.4a desa Balong, kecamatan Balong, kabupaten Ponorogo. Wilayah kerja Puskesmas Balong terdiri dari 20 desa. Puskesmas Balong merupakan puskesmas rawat inap. Struktur organisasi Puskesmas Balong dipimpin oleh kepala Puskesmas, kemudian struktur dibawahnya yaitu, Penanggung Jawab Manajemen Mutu, Ka TU (Bendahara, Kepegawaian Umum, Sistem Informasi Puskesmasn Rumah

Tangga), Penanggung Jawab UKM Essensial dan Perkesmas (Program Promkes – UKS, Kesling, KIA – KB, Gizi, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit – P2, Perkesmas/CHN), Penanggung Jawab UKM Pengembangan (Program Kesehatan Jiwa, Olah raga, Kesehatan Indera, Lansia, Tradisional), Penanggung Jawab UKP, Kefarmasian dan Lab. (Pelayanan Kesehatan Umum, Kesehatan Gigi – Mulut, Gawat Darurat, Rawat Inap, Pojok Gizi, Kefarmasian, Laboratorium, Ambulans, Imuniasa, Kesehatan Lansia), Penanggung Jawab Jaringan dan Jejaring (Pustu dan Polindes). Terdapat fasilitas poli kesehatan jiwa yang menjadi satu dengan poli lansia. Petugas pada poli jiwa adalah dua orang perawat dan satu orang dokter umum. Beberapa program kesehatan jiwa di wilayah kerja puskesmas Balong adalah pengkajian – perawatan pasien gangguan jiwa, rujukan ke RSJ Menur, RSJ Lawang dan RSJD Surakarta, kunjungan pasien. Jumlah penderita gangguan jiwa sampai bulan November 2017 sebanyak 210 dan 4 di antaranya dipasung. Jumlah penderita skizofrenia 201 orang.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1. Data Umum

Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 62 responden dengan 31 responden sebagai kelompok intervensi dan 31 responden sebagai kelompok kontrol. Selama penelitian berlangsung tidak ada responden yang mengundurkan diri/drop out. Data karakteristik demografi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol akan disajikan menjadi dua, yaitu data diri responden dan data diri klien/penderita skizofrenia.

1) Karakteristik responden

Hasil pegumpulan data tentang sosiodemografi responden disajikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel. 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden keluarga penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong tanggal 19 Maret – 26 Mei 2018

Karakteristik Responden	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol	
	n = 31	%	n = 31	%
Usia (Th)				
17 – 25	0	0	0	0
26 – 35	0	0	0	0
36 – 45	3	9,68	9	29,03
46 – 55	9	29,03	12	38,71
56 – 65	16	51,61	9	29,03
>65	3	9,68	1	3,23
Jenis kelamin				
Laki-laki	3	9,68	6	19,35
Perempuan	28	90,32	25	80,65
Agama				
Islam	31	100	31	100
Kristen	0	0	0	0
Hindu	0	0	0	0
Budha	0	0	0	0
Pendidikan terakhir				
TIDAK SEKOLAH	1	3,23	1	3,23
SD	12	38,71	4	12,90
SMP	10	32,26	12	38,71
SMA	8	25,81	14	45,16
PERGURUAN TINGGI	0	0	0	0
Pekerjaan				
Tidak bekerja	3	9,68	1	3,23
Petani	24	77,42	25	80,64
Pedagang	4	12,90	5	16,13
Pendapatan per bulan				
< 1 juta	10	32,26	9	29,03
1 – 2 juta	21	67,74	22	70,97
Hubungan dengan klien				
Orang tua	19	61,29	12	38,71
Anak	2	6,45	11	35,48
Saudara kandung	0	0	2	6,45
Suami / istri	10	32,26	6	19,35

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa usia terbanyak responden pada kelompok intervensi pada kisaran 56 – 65 tahun sejumlah 16 responden (51,61%) dan pada kelompok kontrol pada kisaran usia 46 – 55 tahun sejumlah 12 responden (38,71%). Jenis kelamin responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terbanyak adalah perempuan, yaitu 28 (90,32%) responden pada kelompok intervensi dan 25 (80,65%) responden pada kelompok kontrol. Agama responden pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol semua beragama Islam (100%). Pendidikan terakhir responden pada kelompok intervensi terbanyak adalah SD sejumlah 12 responden (38,71%) dan pada kelompok kontrol terbanyak adalah SMA sejumlah 14 responden (45,16%). Pekerjaan responden pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol terbanyak adalah petani, yaitu 24 responden (77,42%) pada kelompok intervensi dan 25 responden (80,64%) pada kelompok kontrol. Pendapatan perbulan pada kedua kelompok terbanyak adalah pada kisaran 1 sampai 2 juta perbulan, yaitu 21 responden (67,74%) pada kelompok intervensi dan 22 responden (70,97%) pada kelompok kontrol. Hubungan responden dengan penderita skizofrenia pada kedua kelompok terbanyak adalah sebagai orangtua, yaitu 19 responden (61,29%) pada kelompok intervensi dan 12 responden (38,71%) pada kelompok kontrol.

2) Karakteristik penderita skizofrenia

Dari hasil pegumpulan data yang didapatkan dari responden tentang sosiodemografi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong disajikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 5.2. Distribusi frekuensi karakteristik penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo tanggal 19 Maret – 26 Mei 2018

Karakteristik Penderita	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol	
	n = 31	%	n = 31	%
Usia (Th)				
17 – 25	4	12,90	0	0
26 – 35	6	19,35	8	25,81
36 – 45	6	19,35	4	12,90
46 – 55	10	32,26	6	19,35
56 – 65	1	3,23	7	22,58
>65	4	12,90	6	19,35
Jenis kelamin				
Laki-laki	18	58,06	17	54,84
Perempuan	13	41,94	14	45,16
Lama menderita sakit (Th)				
0 – 1	0	0	0	0
2 – 5	7	22,58	11	35,48
6 – 10	5	16,13	7	22,58
11 – 15	10	32,36	5	16,13
16 – 20	7	22,58	6	19,35
21 – 25	2	6,45	1	3,23
>25	0	0	1	3,23
Rutinitas minum obat				
Rutin	23	74,19	20	64,51
Tidak rutin	8	25,81	11	35,48
Tempat berobat				
Puskesmas	23	100	18	90,00
RS / RSJ	0	0	2	10,00
Jumlah kekambuhan				
0	8	25,81	9	29,03
1 – 3 kali	17	54,84	16	51,61
4 – 6 kali	6	19,35	6	19,35

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui usia penderita skizofrenia pada kelompok intervensi terbanyak pada kisaran 46 sampai 55 tahun sejumlah 10 orang (32,36%) dan pada kelompok kontrol terbanyak pada kisaran usia 26 sampai 35 tahun sejumlah 8 orang (25,81%). Jenis kelamin penderita skizofrenia terbanyak pada kedua kelompok adalah laki-laki sejumlah 18 orang (58,06%) pada kelompok intervensi dan 17 orang (54,84%) pada kelompok

kontrol. Lama menderita sakit pada kelompok intervensi terbanyak pada kisaran 11 – 15 tahun yaitu sebanyak 10 orang (32,26%) dan pada kelompok kontrol sebanyak pada kisaran 2 – 5 tahun sebanyak 11 orang (35,48%). Rutinitas minum obat pada kedua kelompok terbanyak adalah rutin minum obat. Pada kelompok intervensi sebanyak 23 orang (74,19%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 20 orang (64,51%) rutin minum obat. Tempat berobat penderita skizofrenia pada kedua kelompok terbanyak adalah puskesmas. Jumlah kekambuhan penderita skizofrenia pada kedua kelompok terbanyak pada kisaran 1 sampai 3 kali, yaitu pada kelompok intervensi sebanyak 17 orang (54,84%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 16 orang (51,61%).

5.2.2. Data Khusus dan analisis variabel penelitian

1. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan *Activity Daily Living (ADL)* penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

Dari hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden tentang kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5.3. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong tanggal 19 Maret – 26 Mei 2018

Variabel	Kelompok				<i>P value</i>
Kemampuan keluarga meningkatkan ADL	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		<i>(Mann Whitney)</i>
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	
Mean	92,32	135,52	81,74	83,52	P = 0,000
SD	22,89	15,54	21,82	20,53	
Nilai Min - Maks	56 - 152	114 - 152	52 - 129	52 - 129	
<i>P Value (paired t-test)</i>	P = 0,000		p = 0,000		

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan adanya peningkatan nilai rata-rata kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL pada kelompok intervensi, dengan selisih nilai peningkatan 43,2. Sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh peningkatan rata-rata kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dengan selisih rata-rata peningkatan 1,78. Nilai rata-rata kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL setelah intervensi (135,52 : kategori mampu) dan setelah diberikan intervensi mendapatkan nilai terendah 114 (cukup mampu) dan nilai tertinggi 152 (mampu). Nilai rata-rata kemampuan keluarga meningkatkan ADL pada kelompok kontrol post test (83,52 : kategori cukup mampu), dengan nilai terendah 52 (cukup mampu) dan nilai tertinggi 129 (mampu).

2. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

Dari hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden tentang kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5.4. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo tanggal 19 Maret – 26 Mei 2018

Variabel	Kelompok				<i>P value</i>
Kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		<i>(Mann Whitney)</i>
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	
Mean	39,48	56,16	36,45	36,90	P = 0,000
SD	12,10	7,45	10,56	9,87	
Nilai Min - Maks	16 - 64	44 - 64	16 - 59	21 - 59	
<i>P Value (paired t-test)</i>	P = 0,000		p = 0,000		

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan adanya peningkatan nilai rata-rata kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi pada kelompok

intervensi, dengan selisih nilai peningkatan 16,68. Sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh peningkatan rata-rata kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi dengan selisih rata-rata peningkatan 0,45. Nilai rata-rata kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi setelah intervensi (56,16 : kategori mampu) dan setelah diberikan intervensi mendapatkan nilai terendah 44(cukup mampu) dan nilai tertinggi 64 (mampu). Nilai rata-rata kemampuan keluarga meningkatkan ADL pada kelompok kontrol post test (36,90 : kategori cukup mampu), dengan nilai terendah 21 (kurang mampu) dan nilai tertinggi 59 (mampu).

3. Analisis pengaruh FPE berbasis *caring* terhadap variabel kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia.

Tabel 5.5. Uji homogenitas *pre test* kemampuan keluarga meningkatkan ADL

<i>Test of homogeneity of variances</i>				
	Levene statistic	df1	df2	Sig.
Pre ADL	0,006	1	60	0,937

Tabel 5.6. Hasil Uji post test sampel berpasangan dan sampel bebas pada kemampuan keluarga meningkatkan ADL

Variabel	Kelompok				<i>P value</i>
	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		<i>(Mann</i>
Kemampuan keluarga meningkatkan ADL	Pre test	Post test	Pre test	Post test	<i>Whitney)</i>
Mean	92,32	135,52	81,74	83,52	
SD	22,89	15,54	21,82	20,53	
Nilai Min - Maks	56 - 152	114 - 152	52 - 129	52 - 129	P = 0,000
<i>P Value</i> <i>(paired t-test)</i>	P = 0,000		p = 0,000		

Tabel 5.7. Hasil Uji Selisih/delta (Δ) pada variabel kemampuan keluarga meningkatkan ADL

Variabel	Kelompok					
	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol		
Kemampuan keluarga meningkatkan ADL						
Perubahan Selisih (Δ) (org/%)	Turun	Naik	Sama	Turun	Naik	Sama
	0	30/96,77	1/3,23	2/6,45	11/35,48	18/58,06
Mean	43,19			1,45		
SD	21.73			3.83		
Nilai Min - Maks	0 - 95			-7 - 16		
<i>P value</i> (Mann Whitney)	P = 0,000					

Pengaruh intervensi FPE berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia memiliki pengaruh yang signifikan secara statistik. Pada kelompok intervensi, kemampuan keluarga meningkatkan ADL mengalami peningkatan nilai rata-rata. Prosentase peningkatan kemampuan keluarga pada kelompok kontrol lebih besar (96,77%) daripada kelompok kontrol dengan prosentase peningkatan sebesar 35,48%. Selain itu kemampuan keluarga yang tetap pada kelompok intervensi lebih sedikit (3,23%) dari pada kelompok kontrol (58,06%).

- Analisis pengaruh FPE berbasis *caring* terhadap variabel kemampuan keluarga dalam meningkatkan Sosialisasi penderita skizofrenia.

Tabel 5.8. Uji homogenitas *pre test* kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi

<i>Test of homogeneity of variances</i>				
	Levene statistic	df1	df2	Sig.
Pre Sosialisasi	0,632	1	60	0,430

Tabel 5.9. Hasil Uji post test sampel berpasangan dan sampel bebas pada kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi

Variabel	Kelompok				<i>P value</i> (<i>Mann Whitney</i>)
Kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	
Mean	39,48	56,16	36,45	36,90	
SD	12,10	7,45	10,56	9,87	
Nilai Min - Maks	16 - 64	44 - 64	16 - 59	21 - 59	P = 0,000
<i>P Value</i> (<i>paired t-test</i>)	P = 0,000		p = 0,000		

Tabel 5.10. Hasil Uji Selisih/delta (Δ) pada variabel kemampuan keluarga meningkatkan Sosialisasi

Variabel	Kelompok					
	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol		
Kemampuan keluarga meningkatkan Sosialisasi						
Perubahan Selisih (Δ) (org/%)	Turun	Naik	Sama	Turun	Naik	Sama
	0	30/96,77	1/3,23	0	4/12,90	27/87,10
Mean	16,68			0,45		
SD	7,38			1,41		
Nilai Min - Maks	0 - 32			0 - 6		
<i>P value</i> (<i>Mann Whitney</i>)	P = 0,000					

Pengaruh intervensi FPE berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia memiliki pengaruh yang signifikan secara statistik. Pada kelompok intervensi, kemampuan keluarga meningkatkan ADL mengalami peningkatan nilai rata-rata. Prosentase peningkatan kemampuan keluarga pada kelompok kontrol lebih besar (96,77%) daripada kelompok kontrol dengan prosentase peningkatan sebesar 12,90%. Selain itu kemampuan keluarga yang tetap pada kelompok intervensi lebih sedikit (3,23%) dari pada kelompok kontrol (87,10%).

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas hasil penelitian pengaruh *family psycjoeducation* berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

6.1. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan FPE berbasis *caring*

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada kelompok intervensi bahwa hasil pre test kemampuan keluarga merawat penderita skizofrenia dalam meningkatkan ADL terbanyak dalam kategori cukup mampu dan setelah dilakukan intervensi hasil post test terbanyak dalam kategori mampu. Hal tersebut menunjukkan ada peningkatan kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia. Pada kelompok kontrol diketahui pada pre test hasilnya terbanyak pada kategori cukup mampu dan kurang mampu. Pada post test didapatkan hasil yang sama dengan pre test. Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman dan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Hasmila Sari (2009), bahwa terdapat peningkatan kemampuan keluarga secara bermakna setelah mendapatkan FPE. Setelah diberikan intervensi, responden pada kelompok intervensi memberikan hasil mengalami peningkatan pada kemampuannya meningkatkan ADL penderita skizofrenia. Hal tersebut karena pendidikan keluarga memberikan pengetahuan, pemahaman, dan

pengalaman sehingga kemampuan keluarga menjadi meningkat. Sedangkan pada kelompok kontrol kemampuannya pada post test sama seperti pre test. Hal tersebut karena pendidikan keluarga yang didapatkan berbeda dibandingkan dengan kelompok intervensi. Kelompok intervensi mendapatkan edukasi tentang FPE berbasis *caring* yang intensif dari peneliti, sedangkan kelompok kontrol mendapatkan edukasi perawatan penderita gangguan jiwa dari perawat puskesmas/ponkesdes.

Pada kelompok intervensi setelah diadakan pre test selanjutnya diberikan edukasi tentang cara merawat penderita skizofrenia di rumah untuk meningkatkan ADL penderita. Setelah mendapatkan materi, selanjutnya responden diberikan pengalaman merawat dengan praktek langsung didampingi peneliti dan kemudian praktek mandiri selama satu minggu.

Sesuai dengan teori Notoatmodjo (2007), bahwa pengetahuan, pengalaman, dan praktek saling terkait, dan akan mempengaruhi kemampuan responden. Pemberian booklet sebagai media pembelajaran turut mempermudah responden dalam mengerti dan memahami sekaligus mempraktikkan materi yang disampaikan. Selain itu tampilan booklet yang banyak gambar akan memudahkan penyerapan informasi yang disampaikan. Selain sebagai media pembelajaran, booklet yang diberikan juga sebagai bahan pengingat seandainya responden ada yang lupa pada materi yang disampaikan. Pengalaman praktek langsung tentang mandi, gosok gigi, menyisir rambut, berpakaian, menyiapkan makan, mencuci piring, merapikan rumah, berbelanja dan membuat jadwal kegiatan sehari-hari akan sangat membantu responden dalam memahami dan meningkatkan kemampuannya

merawat penderita skizofrenia. Jangka waktu satu minggu untuk mengaplikasikan materi perawatan penderita skizofrenia akan menciptakan pengalaman yang penting karena responden belajar merawat penderita dengan metode yang benar atau sesuai booklet yang diberikan.

Menurut Arsyad (2007), belajar dengan menggunakan indera ganda yaitu pandang dan dengar akan menguntungkan, karena materi akan mudah diserap oleh sasaran. 90% hasil belajar seseorang diperoleh melalui indera pandang, dan hanya 5% diperoleh melalui indera dengar, dan 5% lagi dengan indera yang lain. Kombinasi belajar dengan indera dengar, pandang dan pengalaman akan sangat membantu sasaran lebih mudah memahami dan menirukan materi yang disampaikan.

Selain hal tersebut di atas, peningkatan kemampuan responden dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia juga bisa karena usia responden yang merawat penderita pada kelompok intervensi pada rentang yang lebih tua daripada usia responden kelompok kontrol. Pemenuhan perawatan diri oleh keluarga penderita skizofrenia akan bertambah efektif seiring dengan bertambahnya usia dan kemampuan (Orem, 2001). Sedangkan menurut Ajzen (2005) usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggungjawab dan lebih teliti dibanding usia yang lebih muda. Usia yang lebih tua secara psikologis dianggap lebih matang dan secara emosi lebih stabil, sehingga mereka lebih perhatian, sabar, ikhlas, telaten merawat keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Usia yang matang mempermudah mereka dalam merawat anggota keluarganya karena lebih mempunyai pengalaman dan lebih tahan kesulitan dan terhadap stigma yang muncul di masyarakat.

Jenis kelamin juga mempengaruhi kemampuan merawat penderita skizofrenia. Jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan. Tugas laki-laki yang lebih banyak bekerja atau keluar rumah menjadikannya tidak terlalu dekat dengan anggota keluarga. Perempuan yang sudah sesuai kodratnya sebagai perawat atau pengasuh menjadikannya lebih akrab dan lebih mudah merawat anggota keluarganya. Sifat perempuan yang keibuan dan sabar merupakan salah satu faktor kenapa perempuan lebih banyak sebagai perawat, baik perawat sebagai profesi maupun perawat sebagai menjalankan peran ibu merawat anggota keluarga.

Peningkatan kemampuan keluarga meningkatkan ADL penderita skizofrenia juga bisa disebabkan karena hubungan responden dengan penderita yang mayoritas adalah orang tua (ibu) penderita. Kebanyakan anak memang cenderung lebih dekat dengan ibu daripada ayah (Azasya, 2017). Sejak kecil ibulah yang lebih banyak menghabiskan waktu dengan anak. Ibu lebih peka dan tahu bagaimana perasaan anak. Ibu cenderung lebih sabar, telaten dan lebih bisa diajak kompromi. Dari alasan tersebut maka anak memiliki kecenderungan lebih dekat dan tergantung dengan ibunya daripada ayah.

Sedangkan pada kelompok kontrol peningkatan kemampuannya dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia tidak terlalu banyak, bahkan ada yang kemampuannya turun. Meskipun nilai/skor nya meningkat, tetapi jika dilihat dari kategori kemampuan, tidak ada perubahan. Hal tersebut bisa dikarenakan pada kelompok kontrol tidak mendapatkan materi dan booklet dari peneliti. Kelompok kontrol selama ini mendapatkan pengetahuan tentang

merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia dari perawat puskesmas/ponkesdes. Pemberian pengetahuan dengan metode verbal yang digunakan kurang efektif meningkatkan kemampuan keluarga. Karena penjelasan secara verbal saja akan sulit dipahami dan akan mudah lupa, sehingga harus dilakukan berulang-ulang dan kontinyu, sedangkan perawat puskesmas/ponkesdes sendiri tidak kurang mempunyai cukup waktu untuk sering-sering mengunjungi atau berinteraksi dengan keluarga dan dengan penderita.

Hubungan responden dengan penderita juga mempengaruhi kemampuan merawat penderita. Pada kelompok kontrol hubungan terbanyak responde dengan penderita adalah orang tua, tetapi hanya terpaut satu responden dengan hubungan sebagai anak. Usia anak yang cenderung lebih muda dari penderita sering tidak dianggap oleh penderita. Selain itu usia yang relative lebih muda membuat emosi responden lebih labil, cepat marah, tidak sabar, canggung dan tidak telaten merawat orang tuanya yang menderita skizofrenia.

Data pekerjaan yang diperoleh dari responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mayoritas adalah petani/pekebun. Menurut Daniel Bali (2018), pekerjaan adalah sebuah aktivitas intelektual yang dipelajari sebelumnya dan menjadi sebuah keahlian yang menjadi sebuah kegiatan rutin yang dilakukan dan profesi penting untuk memiliki ketrampilan yang teknis dan moral dalam ruang lingkup masyarakat. Pekerjaan yang dilakukan keluarga akan mempengaruhi kegiatan merawat anggota keluarga, karena pekerjaan yang dilakukan akan menyita waktu sehingga waktu untuk merawat anggota keluarganya menjadi berkurang. Apalagi jika pekerjaan dilakukan di

luar rumah rumah, maka selain menyita waktu juga mengurangi tingkat pengawasan terhadap anggota keluarga. Pada pre test kedua kelompok didapatkan kemampuan yang relative masih kurang. Setelah diberikan intervensi berupa FPE berbasis *caring* didapatkan peningkatan pengetahuan, salah satu faktornya adalah di dalam edukasi yang diberikan oleh peneliti, menyadarkan responden dan menekankan bahwa penderita dengan segala masalahnya akan bisa sembuh atau membaik asalkan keluarga menyediakan waktu untuk memperhatikan dan merawat penderita. Bagaimanapun kondisi penderita, mereka tetap anggota keluarga sendiri yang berharga, sehingga penderita sebagai anggota keluarga harus dianggap lebih penting daripada pekerjaan. Waktu untuk bekerja bisa menyesuaikan apabila tugasnya merawat penderita telah selesai. Jika pekerjaan dianggap lebih penting, maka penderita akan terlantar dan kurang terurus. Karena waktu yang disediakan untuk penderita hanya sedikit, sisa setelah bekerja. Terlebih lagi apabila setelah bekerja responden kelelahan, maka bisa jadi penderita tidak dirawat sama sekali dan dibiarkan saja.

Hasil pre test menunjukkan kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang paling baik adalah pada bagian mandi, berpakaian dan menyisir rambut. Hal tersebut karena penampilan penderita menjadi perhatian utama, karena penampilan yang buruk akan membuat penilaian orang lain menjadi semakin buruk dan stigma menjadi semakin berkembang. Meskipun dilakukan setelah selesai bekerja, tetapi karena dilihat orang, maka diusahakan tetap penampilannya baik. Sedangkan kemampuan pada bagian gosok gigi, menyiapkan makan, mencuci piring, merapikan

rumah, dan membuat jadwal kegiatan sehari-hari berada pada kemampuan sedang. Hal tersebut karena keterampilan itu tidak menunjang penampilan atau tidak dilihat orang. Sehingga apabila penderita tidak mau melakukan, maka keluarga tidak berusaha maksimal untuk mengajak penderita melakukannya. Kemampuan pada berbelanja juga berada pada kemampuan sedang, karena kebanyakan keluarga dan penderita malu bertemu banyak orang, dan walaupun penderita mau berbelanja, maka akan banyak barang yang diminta, sehingga keluarga enggan untuk mengajak penderita berbelanja.

6.2. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan FPE berbasis *caring*

Berdasarkan hasil pre test diketahui kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia pada kelompok intervensi terbanyak adalah tidak mampu. Dan pada post test hasilnya terbanyak ada pada kategori mampu. Menurut David A. Goslin dalam Ihrom (2004) berpendapat Sosialisasi adalah proses belajar yang dialami seseorang untuk memperoleh pengetahuan, ketrampilan, nilai-nilai dan norma-norma agar ia dapat berpartisipasi sebagai anggota dalam kelompok masyarakatnya. Sosialisasi perlu diajarkan kepada penderita, karena sosialisasi didapat melalui proses belajar. Setelah berinteraksi dengan individu lain yang berada disekitarnya atau bersosialisasi dengan lingkungannya barulah individu dapat berkembang.

Hasil dari penelitian ini sesuai dengan penelitian Ruti Wiyati (2010) tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam

merawat klien isolasi sosial. Selain itu juga sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Goldenberg (2004) bahwa Family Psychoeducation adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi terhadap kemampuan keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan kepada mereka untuk meningkatkan kemampuan untuk dapat memahami dan mempunyai koping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada hubungan keluarga.

Dalam keadaan yang normal, maka lingkungan pertama yang berhubungan dengan anaknya adalah orang tuanya. Melalui lingkungan itulah anak mengenal dunia sekitarnya dan pola pergaulan hidup yang berlaku sehari-hari, melalui lingkungan itulah anak mengalami proses sosialisasi awal. Interaksi dengan orang tua menjadi sangat penting karena orang yang paling dekat dengan anak/penderita mayoritas adalah orang tua (terutama ibu). Setelah penderita mau berinteraksi dengan orang tuanya selanjutnya dilatih berinteraksi dengan orang lain dalam keluarga tersebut, misalnya saudara atau kakek nenek. Jika sosialisasi dengan orang satu rumah sudah berhasil maka penderita sebaiknya dilatih berinteraksi dengan lingkungan, meliputi berinteraksi dengan orang lain diluar rumah/tetangga. Cara yang bisa dilakukan adalah dengan melatih berkomunikasi bertahap. Setelah mampu kemudian dilatih berinteraksi ditambah dengan ketrampilan, misalnya berbelanja ke toko/warung/tukang sayur di sekitar rumah atau membantu orang lain/tetangga yang sedang membutuhkan bantuan. Selain untuk meningkatkan sosialisasi, cara ini juga untuk meminimalkan/memutus stigma masyarakat yang berkembang. Dengan mengetahui kondisi nyata penderita

yang sedang dalam proses belajar, diharapkan masyarakat lingkungan sekitar turut membantu dan mendukung penderita berhasil melewati proses tersebut.

Data kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berada pada kemampuan sedang. Responden mayoritas terhalang oleh waktu dan pekerjaan. Pekerjaan responden yang sebagai petani dan pedagang sangat menyita waktu. Keluarga biasanya berangkat pagi ke pasar atau ke sawah sebelum responden bangun dan pulang kerumah siang. Sehingga kesempatan untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan penderita menjadi terbatas. Komunikasi dengan penderita dilakukan setelah keluarga selesai melakukan pekerjaannya.

Setelah kelompok intervensi diberikan FPE berbasis caring didapatkan hasil kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi mengalami peningkatan. Hal tersebut karena keluarga mulai menyadari pentingnya sosialisasi dan interaksi antara keluarga dan orang lain diluar keluarga. Interaksi dengan penderita selain dengan komunikasi langsung juga bisa dengan melibatkan penderita dalam kegiatan sehari-hari di rumah, seperti saat adanya acara keluarga. Komunikasi dimulai dari antara responden dengan penderita, kemudian dilanjutkan dengan anggota keluarga yang lain. Setelah komunikasi dengan keluarga terjalin, dilanjutkan komunikasi dengan orang lain diluar keluarga, yaitu tetangga.

Hasil pre test dan post test untuk kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia kelompok intervensi dan kelompok kontrol hasilnya hampir sama. Yaitu nilai/skor yang tinggi ada pada aspek responden mengajak berkomunikasi langsung dengan penderita. Responden lebih mudah

berinteraksi dengan penderita dibandingkan dengan anggota keluarga yang lain atau tetangga karena mayoritas responden adalah orang tua (ibu) penderita, sehingga hubungannya lebih dekat dari pada penderita dengan anggota keluarga yang lain.

Sedangkan untuk kemampuan yang nilainya rendah adalah pada aspek berkomunikasi dengan orang lain dan menjalankan kegiatan di rumah. Hal tersebut mayoritas karena responden masih menyimpan rasa malu mempunyai anak/anggota keluarga yang oleh kebanyakan orang dianggap tidak waras. Sehingga responden masih ada perasaan enggan untuk mengajak penderita berinteraksi dengan orang lain di luar rumah.

Hasil post test kelompok kontrol menunjukkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia mayoritas tetap seperti pre test. Hal tersebut karena kelompok kontrol tidak mendapatkan pendidikan keluarga secara intensif seperti kelompok intervensi, sehingga mereka kurang memahami tentang pentingnya sosialisasi bagi penderita skizofrenia. Mereka masih lebih mementingkan pekerjaannya dari pada anggota keluarganya, sehingga waktu untuk berinteraksi dengan penderita menjadi sedikit.

6.3 Pengaruh FPE berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan perbedaan nilai kedua kelompok setelah diberikan intervensi, yaitu menunjukkan adanya pengaruh dari pemberian intervensi FPE berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia. Hal ini dapat dilihat dari

peningkatan nilai *post test* kelompok intervensi yang bermakna dibandingkan dengan nilai *post test* kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ruti Wiyati (2010), yang didapatkan pengaruh yaitu peningkatan secara bermakna kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi.

Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan dengan perubahan perilaku (Notoatmodjo 2003). Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan klien meningkatkan hasil dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerjasama (Stuart & Laraia, 2005).

Mengubah perilaku terlebih dahulu harus dilakukan strategi untuk mengubah pikiran (kognitif), karena perubahan perilaku diawali dengan penambahan pengetahuan. Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan tiga strategi yaitu menggunakan kekuatan/dorongan, pemberian informasi dan diskusi (WHO dalam Notoadmodjo, 2003).

Pemberian intervensi FPE berbasis *caring* membantu keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Hal tersebut karena pemberian FPE berbasis *caring* memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada keluarga. Dengan pengetahuan yang diberikan maka akan terjadi perubahan perilaku berupa peningkatan kemampuan keluarga.

Kesadaran keluarga akan pentingnya penderita atau betapa berharganya anggota keluarga yang menderita skizofrenia tersebut menumbuhkan

semangat, motivasi, perhatian dan kasih sayang untuk senantiasa melatih dan membimbing penderita untuk melakukan kegiatan sehari-hari dengan tujuan penderita dapat melakukannya dengan mandiri. Skizofrenia yang merupakan gangguan perilaku, maka dengan melatih dan membimbing penderita maka perilaku akan menjadi baik, dan gangguan perilaku akan bisa diatasi.

Didapatkan hasil yang bermakna dengan pemberian FPE berbasis *caring* kepada keluarga untuk meningkatkan ADL penderita skizofrenia. Hal tersebut dilihat dari hasil analisis yang menyatakan ada pengaruh yang bermakna. Kesabaran, keikhlasan, motivasi dan ketelatenan yang diberikan secara tulus oleh keluarga (terutama ibu) akan membantu keluarga tersebut lebih mudah dan lebih tahan menghadapi masalah atau kesulitan berkaitan dengan penderita skizofrenia yang terganggu ADLnya. Perhatian yang diberikan keluarga kepada penderita skizofrenia harus bersifat konsisten dan kontinyu .

Setelah melihat hasil analisis, maka diketahui hasilnya hipotesis diterima, atau terdapat pengaruh yang bermakna intervensi yang diberikan terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

6.4 Pengaruh FPE berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan ada pengaruh yang bermakna pemberian intervensi FPE berbasis *caring* terhadap kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia. Hal tersebut dapat dilihat dari adanya peningkatan yang bermakna nilai post test kelompok intervensi dibandingkan dengan nilai post test kelompok kontrol.

Sesuai teori dari Goldenberg (2004) bahwa psikoedukasi adalah terapi yang diberikan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan, untuk dapat memahami dan meningkatkan coping akibat gangguan jiwa yang dapat mengakibatkan masalah pada keluarga. Lawrence & Veronika (2002) mengungkapkan terjadi peningkatan ketrampilan pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga, karena dalam psikoedukasi keluarga berisi tentang : peningkatan hubungan yang positif antara anggota keluarga, meningkatkan stabilitas keluarga, manajemen stress keluarga, kemampuan motorik keluarga melalui role play.

Keluarga sangat perlu diberikan *family psychoeducation* berbasis *caring* karena dengan edukasi yang diberikan dapat mengurangi rasa malu dan stigma yang muncul pada keluarga dan di masyarakat. Jika stigma dalam keluarga bisa dikurangi atau bahkan dihilangkan, maka keluarga akan mudah melatih penderita bersosialisasi dengan orang lain baik yang tinggal serumah maupun yang tidak tinggal serumah. Tidak adanya stigma membuat masyarakat dengan mudah menerima penderita dan penderita terbantu dengan proses interaksi yang berjalan baik. Interaksi dan komunikasi antara penderita dengan keluarga dan masyarakat membantu penderita mencurahkan masalahnya atau kesulitan yang dihadapi dengan orang lain, dengan harapan mendapatkan solusi, motivasi dan meringankan beban pikiran penderita.

Setelah melihat hasil analisis, maka diketahui hipotesis diterima, atau terdapat pengaruh yang bermakna intervensi yang diberikan terhadap

kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo

6.7 Keterbatasan Penelitian

1. Pada kunjungan pertama untuk *screening* peneliti mengalami kesulitan menyesuaikan jadwal dengan perawat puskesmas/ponkesdes karena banyaknya kegiatan dari perawat puskesmas/ponkesdes. Sehingga untuk *screening* memerlukan waktu yang lama.
2. Karakteristik penderita skizofrenia yang berbeda-beda, membuat proses praktek kadang-kadang mengalami kesulitan dan memakan waktu yang lama.

6.8. Nilai Anomali

1. Terdapat nilai tetap pada kelompok intervensi pada pre dan post pemberian FPE berbasis *caring*. Nilai tetap pada kemampuan keluarga meningkatkan ADL penderita skizofrenia karena nilai yang diperoleh pada pre dan post intervensi pada nilai maksimal. Nilai tetap pada kemampuan keluarga meningkatkan sosialisasi antara pre dan post intervensi juga karena nilai yang didapat adalah maksimal.
2. Terdapat nilai meningkat pada kelompok kontrol. Pada kemampuan keluarga meningkatkan ADL pre dan post test didapatkan nilai meningkat karena seiring berjalannya waktu yang diberikan tenggang satu minggu, maka responden mungkin belajar secara mandiri tentang perawatan penderita skizofrenia, atau mendapatkan pendidikan keluarga dari perawat dan lingkungan.

3. Pendidikan responden pada kelompok kontrol mayoritas adalah lulus SD, sedangkan pendidikan responden pada kelompok kontrol mayoritas adalah SMA. Menurut Notoatmojo (2007), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin memudahkannya untuk menerima dan mengolah informasi yang diperoleh. Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sifat positif, serta memberikan atau meningkatkan kemampuan masyarakat atau individu tentang aspek-aspek yang bersangkutan, sehingga dicapai suatu masyarakat yang berkembang. Pendidikan formal dan non formal, sistem pendidikan yang berjenjang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan melalui pola tertentu.

Hasil penelitian didapatkan data yang tidak sejalan dengan teori yang disampaikan Notoatmojo (2007) diatas. Tetapi hasil penelitian lebih sejalan dengan teori John Dewey dalam Ahmadi (2007), bahwa pendidikan merupakan proses pembentukan kecakapan-kecakapan fundamental secara intelektual dan emosional kearah alam dan sesama manusia.

Sesuai dengan teori tersebut maka meskipun mayoritas responden kelompok intervensi berpendidikan SD tetapi kemampuannya tetap bisa meningkat melebihi responden kelompok kontrol yang mayoritas berpendidikan SMA. Hal tersebut karena responden kelompok intervensi mendapatkan edukasi secara intensif berupa pengetahuan dan pengalaman untuk merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia. Sedangkan meskipun responden kelompok kontrol mayoritas berpendidikan SMA, tetapi karena edukasi yang di dapatkan tidak intensif dan hanya berupa edukasi verbal, maka tingkat penyerapan informasi menjadi kurang maksimal. Hanya

responden yang peduli dan aktif saja yang berusaha mencari pengetahuan tentang perawatan penderita skizofrenia melalui perawat puskesmas/ponkesdes, bertanya kepada tetangga/orang lain, dan juga mencari informasi melalui media.

Hakikat belajar sesungguhnya tidak hanya secara formal di sekolah tetapi juga bisa pendidikan secara informal melalui pengalaman merawat, penyuluhan dan pelatihan atau melalui media informasi. Lamanya merawat dapat dilihat dari berapa lama penderita menderita skizofrenia. Terbukti dengan karakteristik penderita skizofrenia kelompok kontrol mayoritas menderita gangguan jiwa pada rentang waktu 11 – 15 tahun, sedangkan penderita pada kelompok kontrol mayoritas pada rentang waktu 2 – 5 tahun. Lamanya keluarga merawat penderita akan membuat pengalaman perawatan lebih baik bila dibandingkan dengan keluarga yang belum lama merawat. Belajar dari pengalaman tersebut membuat keluarga bisa lebih mudah beradaptasi dan mencari cara merawat penderita dengan efektif dan efisien.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Hasil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

7.1.1 Pemberian intervensi *family psychoeducation* berbasis *caring* meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo. Kemampuan keluarga sebelum diberikan intervensi berada pada mayoritas cukup mampu, dan setelah diberikan intervensi mayoritas menjadi mampu. Terjadi peningkatan nilai kemampuan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi. Keterampilan sebelum intervensi yang paling baik adalah mandi, berpakaian dan menyisir rambut. Kemampuan sebelum intervensi yang kurang baik adalah gosok gigi, menyiapkan makan, mencuci piring, merapikan rumah dan membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Setelah diberikan intervensi, semua keterampilan mayoritas dapat dilakukan dengan baik.

7.1.2. Pemberian intervensi *family psychoeducation* berbasis *caring* meningkatkan kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo. Kemampuan keluarga sebelum diberikan intervensi berada pada mayoritas tidak mampu, dan setelah diberikan intervensi mayoritas menjadi mampu. Nilai kemampuan terjadi peningkatan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum dilakukan

intervensi, kemampuan keluarga yang paling baik adalah responden mengajak berkomunikasi langsung dengan penderita. Kemampuan yang kurang baik adalah aspek berkomunikasi dengan anggota keluarga lain, orang lain, berbelanja dan menjalankan kegiatan di rumah. Setelah diberikan intervensi, kemampuan keluarga mayoritas menjadi baik di semua aspek keterampilan.

7.1.3 Pemberian intervensi *family psychoeducation* berbasis *caring* mempengaruhi secara bermakna kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo

7.1.4 Pemberian intervensi *family psychoeducation* berbasis *caring* mempengaruhi secara bermakna kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Balong Ponorogo.

7.2. Saran

7.2.1. Keluarga

Keluarga memberikan perawatan kepada penderita skizofrenia dengan penuh perhatian, kesabaran dan keikhlasan demi peningkatan kesehatan penderita dengan cara mengetahui, mengajak, mengajarkan, membimbing dan memuji secara konsisten dan kontinyu.

7.2.2. Penderita

Penderita disarankan mengikuti perawatan yang diberikan oleh keluarganya, agar kondisinya semakin membaik dan akhirnya bisa mandiri dan produktif.

7.2.3. Perawat

Perawat lebih intensif dalam menangani kasus gangguan jiwa dengan lebih sering mengunjungi dan melatih keluarga dan penderita untuk perawatan penderita gangguan jiwa di rumah. Perawat bisa memberikan edukasi kepada keluarga menggunakan metode FPE berbasis *caring* untuk mempermudah keluarga memahami dan mengaplikasikan kepada penderita skizofrenia.

7.2.4. Puskesmas

Puskesmas dapat merekomendasikan pelatihan dan penggunaan FPE berbasis *caring* kepada perawat puskesmas/ponkesdes untuk dapat memberikan edukasi kepada keluarga menggunakan metode tersebut untuk mencapai hasil yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association.(2001). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC.American Psychological Association.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bagheri, E. (2011) ‘Social Capital , Family Supports and Mental Health among a Female Group in Tehran’.SciVerse Science Direct.Procedia-Social and Behavioral Science,30, pp. 2449–2451. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.477.
- Bichsel, Susan.L.(1991) *Collaboration and Congruence Between Family Member and Case Manager Perceptions in the Treatment of Individuals with Schizophrenia*. Dissertation. Cleveland State University
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse – pasien Journey*. Philadelphia. W.B. Saunders Company
- Chang & Johnson. (2008). *Chronik illness & disability: Principles for nursing practice*. Australia: Elsevier Australia.
- Charles Beecher,Blake.(2006) *Mental Health Practitioners Views of Barriers to Collaboration with the Families of Individuals with Schizophrenia*. Dissertation. The University of Utah
- Cw, P., Petrus, L. and Christopher, N. (2013) ‘Burdens and Psychological Health of Family Caregivers of People with Schizophrenia in Two Chinese Metropolitan Cities : Hong Kong and Guangzhou’, *Community Mental Health Journal*.pp. 841–846. doi: 10.1007/s10597-013-9622-6.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003). *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*, Jakarta Depkes.
- Djuari, Lilik dan Kharimah, Azimatul. (2015). *Lebih dekat dengan Skizofrenia*. Surabaya: Biro Koordinasi Kedokteran Masyarakat Fakultas Kedoktera Universitas Airlangga
- Doherty,William,J. (1995) ‘Boundaries between parent and family education and family therapy : The levels of family involvement model’, *Family Relations*;Minneapolis 44.4 Oct 1995.ProQuest, pp. 1–10.
- Edmondson, M. Lindsey, MA. William, CD. Medoff, DR. LUCKSTED, Alicia. Fang, LJ. Sciffman, J. Fernandez, RL. Dixon, LB (2014) ‘*Race-Related Differences in the Experiences of Family Members of Persons with Mental Illness Participating in the NAMI Family to Family Education Program*’, pp. 316–327. doi: 10.1007/s10464-014-9674-y.

- Farid, A. (2006). *Membangun Kesadaran Baru tentang Kesehatan Jiwa*, <http://www.Suara karyaonline.com/news-html>. Diunduh tanggal 2 November 2017.
- Fortinash, K.M & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed). St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Friedman, Marilyn.(2010). *Keperawatan keluarga, Teori dan Praktek*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Gail W. Stuart, Budi Anna Keliat, Jesika Pasaribu.(2016).*Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart (Edisi Indonesia)*. Jakarta: Elsevier
- Gusdiansyah, Edo. (2016). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap klien dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan Kemampuan keluarga dalam merawat dirumah*. Hasil Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Diunduh tanggal 5 April 2017.
- Hackethal, V. Spiegel, S. Fernandez, RL. Kealey, E. Salerno, A. Finnerty, M. (2013) 'Towards a Cultural Adaptation of Family Psychoeducation : Findings from Three Latino Focus Groups'. *Community Mental Health Journal*, pp. 587–598. doi: 10.1007/s10597-012-9559-1.
- Hawari, Dadang. (2003). *Manajemen stress, cemas dan depresi*. Penerbit, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hardywinoto. (2007). *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Gramedia Pustaka
- Hidalgo, M. V. Jimenez, L. Verdugo, IL. Lorence, B. Sanchez, J(2016) 'Psychosocial Intervention', *Psychosocial Intervention*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 25(2), pp. 79–85. doi: 10.1016/j.psi.2016.03.002.
- Johnson, Eric, D. (1998) 'The effect of family functioning and family sense of competence on people with mental illness'. *Family Relation*, Oct 1998; 47; ProQuest.pg.443
- Kalpan & Saddock . (2005), *Synopsis of Pshyciatry Science Clinical Psychiatry* . Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keliat, B. (1996). *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Gangguan Jiwa*, Jakarta : EGC
- Keliat, B. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor*:Desertasi, Jakarta: FKM UI
- Lara, E. B. and Pinos, C. C. D. L. (2017) 'Families with a disabled member : impact and family education', *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Elsevier B.V.,

- 237(June 2016), pp. 418–425. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.084.
- Lawrence & Veronika. (2002). Understanding families in their in their own context: schizophrenia and structural family therapy in Beijing. *Journal of family therapy* 24: 233-257
- Lê-scherban, F., Brenner, A. B. and Schoeni, R. F. (2016) ‘SSM - Population Health Childhood family wealth and mental health in a national cohort of young adults’, *SSM - Population Health*. Elsevier, 2(August), pp. 798–806. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.10.008.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. (1997). *Adequacy of sample size in health studies*. Edisi terjemahan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Maramis. (2006). <http://www.Suarakarya online. Com/news.htm/id=157830011>, diperoleh pada tanggal 17 November 2017.
- McDonell, Michael G;Short, Robert A;Berry, Christopher M;Dyck, Dennis G (2003)Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*; Spring 2003; 42, 1; ProQuest pg. 91
- McFarlane,William, R.Dixon,Lisa.Lukens,Ellen.Lucksted,Alicia (2003) ‘Family psychoeducation and schizophrenia : A review of the literature’ *Journal of Marital and Family Therapy*;Apr 2003;29,2;ProQuest.pg.223
- Michelle, H. and Rob, A. (2015) ‘Family Influence in Recovery from Severe Mental Illness’, *Community Mental Health Journal*. Springer US, pp. 467–476. doi: 10.1007/s10597-014-9783-y.
- Modul Pelatihan Asuhan Keperawatan Jiwa (Askep Jiwa Terkini). 2014. RSJD Surakarta
- Nikolaev,EL.Baranova,EA.Petunova,SA. (2016) Mental Health Problems in Young Children: the Role of Mothers’ Coping and Parenting Styles and Characteristics of Family Functioning. *Science Direct.Procedia-Social and Behavioral Science* 233.pg.94-99
- Notoatmojo, S. (2007). Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Prakti Ed.4*. Jakarta; Salemba Medika.
- Patricia A. Potter & Anne Griffin Perry.(2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Potter-Perry, Edisi 4, Volume 2*. Jakarta: EGC
- Pernice-Duca, Francesca.(2010) Family Network Support And Mental Health Recovery.*Journal of Marital and Family Therapy*; Jan 2010; 36, 1; ProQuest.vol 36. pg. 13-27.doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x

- Porath, N. (2008) 'The naturalization of psychiatry in Indonesia and its interaction with indigenous therapeutics', *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde*, 164(4), pp. 500–528. doi: 10.1163/22134379-90003653.
- Bapeda Jatim. Profil kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015.
<http://bappeda.jatimprov.go.id/2014/06/20/jatim-bebas-pasung-dideklarasikan-di-ponorogo>. Diunduh tanggal 17 November 2017.
- Ran, M. Chan, CLW. Ng, SM. Guo, LT. Xiang, MZ.(2015) 'The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area', *Psychological Medicine* (2015), 45, © Cambridge University Press pp. 2197–2204. doi: 10.1017/S0033291715000197.
- Riebcshleger, Joanne.(2001) *Mental Health Professionals Social Constructions of Families of People With Serious Mental Illness*. Dissertation. Mandel School of Applied Social Sciences Case Western Reserve University Cleveland Ohio
- Rutoto, Sabar. 2007. *Pengantar Metodologi Penelitian*. FKIP: Universitas Muria Kudus
- Safitri, SN. (2014). *Persepsi Keluarga Pasien Terhadap Perilaku Caring Perawat Di Ruang Icu Rumah Sakit Pirngadi Medan*. jurnal universitas sumatera utara.
<http://journal.unusa.ac.id/index.php/jhs/article/download/33/32>. Diunduh tanggal 2 November 2017.
- Smolak, A. Gearing, RE. Alonzo, D. Baldwin, S. Harmon, S. McHugh. K. (2013) 'Social Support and Religion : Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia', *Community Mental Health Journal* .pp. 444–450. doi: 10.1007/s10597-012-9536-8.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: AFABETA, cv.
- Stein, Catherine H;Wemmerus, Virginia A.(2001). 'Searching for a normal life : Personal accounts of adults with schizophrenia, their parents, and well-siblings' *American Journal of Community Psychology*; Oct 2001; 29, 5; Public Health Database pg. 725
- Stuart, G., and Laraia, M., (2005) *The Principle and Practise of Psychiatric Nursing* . Elsevier Mosby, St Louis Missouri.
- Stuart, G.W. (2009). *Priciples and practice of psychiatric nursing* (9th ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Thembenkosini, C. and Gladness, G. (2017) 'ScienceDirect Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district ', *Health SA Gesondheid*. Elsevier Ltd, 22, pp. 202–212. doi: 10.1016/j.hsag.2017.02.002.
- Tlhowe, T. T. and Koen, M. P. (2016) 'ScienceDirect Strengths of families to limit

relapse in mentally ill family members', Health SA Gesondheid. Elsevier Ltd, 22, pp. 28–35. doi: 10.1016/j.hsag.2016.09.003.

Townsend, CM. (2005). *Esesential of Psychiatric Mental Health Nursing*. Ed.3. Philadelphia : F.A.Davis Company.

Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing* (6th ed). Philadephia: F.A. Davis Company.

Varcarolis, Elizabet. M. Halter, MJ. (2006). *Foundations of Pshychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*, Edisi 5. Sounders Elsevier, St Louis Missouri.

Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Edisi 2, Jakarta: EGC.

Wiyati, Ruti. Wahyuningsih, Diah. Dwi Widayanti, Esti. (2010). Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga Dalam merawat klien isolasi sosial. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 5, No.2, Juli 2010. Diunduh tanggal 5 April 2017.

Wiyati. Ruti, Wahyuningsih. Dyah, Dwi Widayanti. Esti. (2010). *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 5, No.2, Juli 2010', 5(2), pp. 85–94.

Xiang, M. R. M. Ran, SM. Wan Chan, CL. Leff, J. Peggy, Sympson. Huang, MS. Shan, YH. Gan Li, S. (2003) 'Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia A randomised controlled trial'. *Social Pshyciatry Epidemiology*, pp. 69–75. doi: 10.1007/s00127-003-0601-z.

Yusuf, Ah, Fitriyasari, Risky, Endang Nihayati, Hanik.(2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 695-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“PENGARUH FAMILY PSYCHOEDUCATION BERBASIS CARING
TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN
ACTIVITY DAILY LIVING DAN SOSIALISASI PENDERITA SKIZOFRENIA”**

<u>Peneliti utama</u>	: Gandes Widya Hendrawati
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah Kerja Puskesmas Balong Kabupaten Ponorogo
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited



Surabaya, 15 Maret 2018
Ketua, (CHAIRMAN)
Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 2



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Aloon-aloon Utara Nomor 6 Telepon (0352) 483852
PONOROGO

Kode Pos 63413

REKOMENDASI

Nomor : 072 / 122 / 405.30 / 2018

Berdasarkan surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, tanggal 1 Maret 2018, Nomor : 070/831/405.10/2018, perihal Rekomendasi Penelitian.

Dengan ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo memberikan Rekomendasi kepada :

Nama Peneliti	: GANDES WIDYA HENDRAWATI, S.Kep. Ns. Mhs. Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Alamat	: Dukuh Sidorejo RT. 01 RW. 01 Desa Balong Kec. Balong Kab. Ponorogo
Thema / Acara Survey / Research / PKL / Pengumpulan data/Magang	: " Pengaruh Family Psychoeducation Berbasis Caring Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Meningkatkan Activity Daily Living Dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Ponorogo "
Daerah/ Tempat dilakukan PKN/ Survey/ Pengumpulan Data	: Wilayah Kerja Puskesmas Balong Kec. Balong
Tujuan Penelitian	: Tesis
Tanggal dan atau Lamanya Penelitian	: 2 (Dua) Bulan Menyesuaikan Jadwal Puskesmas.
Bidang Penelitian	: Kesehatan
Nama Penanggungjawab / Koordinator Penelitian	: Dr. TINTIN SUKARTINI, S.Kep., M.Kes. Kaprodik Magister Keperawatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya
Anggota Peneliti	: -
Nama Lembaga	: Universitas Airlangga Surabaya

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat ;
2. Mentaati ketentuan- ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat ;
3. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan baik dengan lisan ataupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk ;
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan seperti tersebut diatas ;
5. Setelah berakhirnya dilakukan Survey/ Research/ PKL diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan Survey / Research / PKL, sebelum meninggalkan daerah tempat Survey / Research / PKL ;
6. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil-hasilnya kepada :
- Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Ponorogo.
7. Surat Keterangan ini akan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Surat Keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Demikian untuk menjadikan perhatian dan guna seperlunya.


Ponorogo, 05 Maret 2018

a.n. PIt. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

**Tembusan :**

1. Kepala Dinkes Kab. Ponorogo
2. Kaprodik Magister Keperawatan Fak. Kesehatan Masyarakat Univ. Airlangga Surabaya

Lampiran 3

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) <i>FAMILY PSCHYCOEDUCATION</i> BERBASIS <i>CARING</i>	
Definisi	:	<i>Family Pschycoeducation</i> (Psikoedukasi keluarga) adalah memberikan pembelajaran kepada keluarga tentang mengasuh anggota keluarga gangguan jiwa dengan menggunakan berbagai metode belajar. <i>Family Pschycoeducation</i> berbasis caring diberikan dengan rasa tanggung jawab, perhatian dan keikhlasan, dimana keluarga mengajak, membimbing dan mendampingi penderita untuk melakukan kegiatan sehari-hari dan melakukan kegiatan sosialisasi dengan tujuan menciptakan kemandirian bagi penderita dalam menjalankan kegiatan sehari-hari dan sosialisasi.
Tujuan	:	1. Umum: meningkatkan pemahaman dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan gangguan jiwa 2. Khusus: a. Keluarga dapat mengenal masalah klien b. Keluarga dapat membuat keputusan tindakan yang tepat dalam memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan masalah klien c. Keluarga dapat menciptakan lingkungan yang kondusif sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan klien d. Keluarga dapat melakukan perawatan kepada penderita ganggua jiwa dengan metode <i>caring</i>
Indikasi	:	Menurut Carson (2000) situasi yang tepat dari penerapan pseukoedukasi adalah: 1. Keluarga dengan anggota keluarga dengan masalah gangguan jiwa, khususnya yang mengalami gangguan ADL dan sosialisasi
Kontra indikasi	:	-
Persiapan keluarga	:	1. Keluarga diingatkan 1 hari sebelumnya tentang adanya pertemuan terapi keluarga 2. Anggota keluarga duduk berhadapan dengan terapis dengan posisi yang nyaman
Persiapan perawat	:	1. Mengkaji (latar belakang kondisi biopsikosos-spiritual keluarga, kemungkinan faktor predisposisi dan pencetus penyakit klien yang berhubungan dengan keluarga), dan menentukan permasalahan keluarga yang berhubungan dengan perawatan pasien 2. Membuat rencana terapi keluarga sesuai permasalahan, mencakup: topik bahasan, tujuan, langkah tindakan, alat dan tempat 3. Memperkenalkan diri pada keluarga (untuk pertemuan pertama/sebelumnya), dan membuat kontrak waktu, tempat, dan topik untuk pertemuan kedua.
Persiapan lingkungan	:	1. Satu set kursi tamu, atau tikar/karpet 2. keluarga dan perawat dalam posisi berhadapan

Alat dan bahan	:	1. Booklet
Lama Terapi	:	<p><i>Family Psychoeducation therapy</i> dapat dilakukan dalam 2 sesi :</p> <p>Sesi 1 : Edukasi Masalah Keluarga</p> <p>Sesi 2 : Perawatan Klien dengan masalah kesehatan</p> <p>Setiap sesi dilakukan selama 20 - 40 menit.</p>
Pelaksanaan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengunjungi keluarga di rumah (sesuai kontrak pada pertemuan pertama) 2. Salam terapeutik 3. Mengingat kontrak topik yang sudah disepakati sebelumnya 4. Apersepsi terhadap hasil pertemuan sebelumnya (bila pertemuan kedua, dst) 5. Menginformasikan perkembangan kondisi pasien saat ini 6. Menjelaskan tujuan pertemuan sekarang 7. Menanyakan kepada keluarga keadaan klien sebelum dirawat/sakit, permasalahan yang dirasakan dalam merawat klien serta tindakan yang pernah/telah dilakukan dalam merawat klien 8. Memberi <i>reinforcement</i> positif bila keluarga sudah melakukan tindakan yang benar, dan mengoreksi tindakan yang tidak tepat/mengajarkan cara yang tepat 9. Mendiskusikan dengan keluarga tentang permasalahan klien beserta cara merawat yang benar (menggunakan metode booklet). Secara umum (untuk semua kasus) hal-hal berikut perlu dijelaskan pada pasien dan keluarga: <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan sebab penyakit b. Jelaskan cara mencegah relaps c. Ajarkan keluarga merawat dan memandirikan klien menolong dirinya : <ol style="list-style-type: none"> 1) ADL : mandi, berpakaian, menyisir rambut, menyiapkan makan, mencuci piring, membersihkan rumah, berbelanja ke toko 2) Sosialisasi : berkomunikasi dengan keluarga inti, berkomunikasi dengan anggota keluarga yang lain, berkomunikasi dengan orang lain 10. Memfasilitasi keluarga melakukan tindakan asuhan keperawatan yang didiskusikan 11. Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya 12. Menganjurkan keluarga mengajak, mengajari, mendampingi dan memuji penderita dalam melakukan tindakan keterampilan 13. Melakukan evaluasi hal-hal yang telah dibicarakan, memberikan reinforcement positif terhadap penjelasan/ jawaban keluarga yang sudah benar dan mengoreksi yang salah 14. Menanyakan hal yang belum jelas dan memberikan booklet sebagai alat bantu belajar mandiri 15. Akhiri pertemuan (terminasi) dengan:

		<ul style="list-style-type: none"> a. Menyimpulkan terapi keluarga yang telah dilakukan b. Menyepakati pertemuan yang akan datang : waktu, tempat, topik, terapis, dan anggota keluarga yang akan diterapi (bila diperlukan) <p>16. Salam terapeutik</p> <p>17. Dokumentasikan hasil terapi keluarga dalam status keperawatan klien.</p>
Sumber	:	<p>Carson, V.B. (2000). <i>Mental Health Nursing: The nurse-patient journey</i>. (2th ed). Philladelphia: W.B. Sauders Company</p> <p>Sarka Ade Susana.(2011). <i>Terapi Modalitas: Keperawatan Kesehatan Jiwa</i>. Jakarta : EGC</p> <p>Stuart. G.W and Laraia (2005). <i>Principles and Practice of Psychiatric Nursing</i>. (7th edition). St Laouis: Mosby</p> <p>Stuart. G.W and Laraia. (2001). <i>Principle and practice of psychiatric nursing</i> (7th ed). St Louis: Mosby Year Book.</p> <p>Varcarolis, elizabet. M, et al. (2006). <i>Foundation of Psychiatric Mental Health nursing A Clinical Approach</i>, edisi 5. Sounders Elsevier, St louismissouri</p>

Lampiran 4

Panduan Skrinning Gangguan ADL dan Sosialisasi

Nama (inisial) :

No :

NO	ASPEK PENILAIAN	YA	TIDAK
1	GANGGUAN KEBERSIHAN DIRI		
a	Badan kotor		
b	Rambut kotor		
c	Gigi kotor		
d	Kulit berdaki dan bau		
e	Kuku panjang dan kotor		
f	Tidak ada keinginan mandi secara teratur		
g	Tidak mampu membersihkan badan		
2	KETIDAKMAMPUAN BERHIAS / BERDANDAN		
a	Rambut acak-acakan		
b	Pakaian kotor dan tidak rapi		
c	Pakaian tidak sesuai		
d	Pasien laki-laki tidak bercukur		
e	Pasien wanita tidak berdandan		
f	Perawatan diri harus dimotivasi		
3	KETIDAKMAMPUAN MAKAN SECARA MANDIRI		
a	Tidak mampu mengambil makan sendiri		
b	Makan berceceran		
c	Makan tidak pada tempatnya		
d	Tidak mampu makan sendiri		
e	Tidak mampu membersihkan alat makan sendiri		
4	KETIDAKMAMPUAN BERAKTIFITAS		
a	Kamar/ruangan tidak rapi		
b	Tidak mampu membersihkan rumah		
5	KETIDAKMAMPUAN BERSOSIALISASI		
a	Tidak ada kontak mata		
b	Mengurung diri di kamar		
c	Tidak melakukan kegiatan sehari-hari		
d	Ekspresi murung, afek tumpul		
e	Tidak mau berhubungan dengan orang lain		
f	Tampak sedih		
g	Tidak berinteraksi dengan orang lain dan tidak berkomunikasi		
h	Tidak mempunyai teman dekat/akrab		

Sumber: Modul Pelatihan Asuhan Keperawatan Jiwa, RSJD Surakarta (2014)

Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Gandes Widya Hendrawati

NIM : 131614153093

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong ponorogo”.

Sehubungan dengan penelitian ini, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut. Adapun hal – hal yang perlu diketahui adalah:

1. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong ponorogo
2. Manfaat dari penelitian ini adalah dapat menjadi acuan acuan untuk pengembangan terapi keluarga dan khususnya pengembangan teori *Family Psychoeducation* berbasis *caring* agar semakin mudah diterapkan untuk keluarga
3. Keuntungan dari penelitian ini adaalah mengaplikasikan teori *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam peningkatan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia
4. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, oleh karena intervensi yang dilakukan adalah verbal dan praktek, tidak melaukuan intervensi invasif/perluakaan
5. Bapak/Ibu akan diminta mengisi kuisisioner yang berkaitan kemampuan keluarga dalam peningkatan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia
6. Identitas Bapak/Ibu/Saudara akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.

Demikian penjelasan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara saya ucapkan terimakasih.

HormatSaya

Gandes Widya Hendrawati

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan yang sudah saya mengerti dan pahami dengan baik, maka saya:

Nama (inisial) :

Alamat :

Telah memahami bahwa:

1. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong ponorogo
2. Manfaat dari penelitian ini adalah dapat menjadi acuan acuan untuk penegembangan terapi keluarga dan khususnya pengembangan teori *Family Psychoeducation* berbasis *caring* agar semakin mudah diterapkan untuk keluarga
3. Keuntungan dari penelitian ini adaalah mengaplikasikan teori *Family Psychoeducation* berbasis *caring* terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam peningkatan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia
4. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, oleh karena intervensi yang dilakukan adalah verbal dan praktek, tidak melaukuan intervensi invasif/perluakaan
5. Saya diminta mengisi kuisisioner yang berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam peningkatan ADL dan sosialisasi penderita skizofrenia
6. Identitas saya akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang saya sampaikan yang akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Berdasar atas pemahaman tersebut, maka saya **bersedia/tidakbersedia*** untuk turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang berjudul : “Pengaruh *Family Psychoeducation* berbasis *Caring* terhadap Kemampuan Keluarga dalam Meningkatkan *Activity Daily Living* dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong ponorogo”.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo,2018

Peneliti

Yang menyetujui

Gandes Widya Hendrawati

()

*(coret yang tidak perlu)

Lampiran 6

KUESIONER A

Nomor Responden : (diisi peneliti)

Tanggal :

Alamat :

A. DATA DIRI RESPONDEN

1. Usia : tahun
2. Jenis kelamin : ☐ Laki-laki
☐ Perempuan
3. Agama : ☐ Islam ☐ Hindu
☐ Kristen ☐ Budha
4. Pendidikan terakhir : ☐ Tidak sekolah ☐ SMA
☐ SD ☐ PT
☐ SMP
5. Pekerjaan : ☐ Tidak bekerja ☐ TNI/Polri
☐ Pegawai Negeri ☐
☐ Swasta
6. Pendapatan per bulan : Rp.
7. Hubungan dengan klien : ☐ Orang tua ☐ Suami/Istri
☐ Anak ☐
☐ Saudara kandung

B. DATA DIRI KLIEN

1. Usia : tahun
2. Jenis kelamin : ☐ Laki-laki
☐ Perempuan
3. Lama menderita sakit :tahun
4. Rutinitas berobat : ☐ Rutin
☐ Tidak rutin
5. Tempat berobat : ☐ Puskesmas
☐ Rumah sakit/Rumah sakit jiwa
☐ Lainnya,.....
6. Jumlah kekambuhan :kali

KUESIONER B

KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN ADL

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan member tanda check/centang (✓) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda: TP = Tidak Pernah, KK = Kadang-kadang, SR = Sering, SL = Selalu.
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Kegiatan yang saya lakukan pada anggota keluarga saya yang mengalami gangguan jiwa :	TP	KK	SR	SL
1	Saya mengetahui manfaat mandi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
2	Saya mengajak mandi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
3	Saya mengajarkan dan membimbing cara mandi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
4	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika mandi				
5	Saya mengetahui manfaat berpakaian yang baik pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
6	Saya mengajak berpakaian yang baik pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
7	Saya mengajarkan dan membimbing cara berpakaian yang baik pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
8	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika berpakaian				
9	Saya mengetahui manfaat menyisir rambut pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
10	Saya mengajak menyisir rambut pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
11	Saya mengajarkan dan membimbing cara menyisir rambut pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
12	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika menyisir rambut				
13	Saya mengetahui manfaat menggosok gigi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
14	Saya mengajak menggosok gigi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
15	Saya mengajarkan dan membimbing cara menggosok gigi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
16	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika menggosok gigi				
17	Saya mengetahui manfaat menyiapkan makan sebelum makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				

18	Saya mengajak menyiapkan makan sebelum makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
19	Saya mengajarkan dan membimbing cara menyiapkan makan sebelum makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
20	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika menyiapkan makan sebelum makan				
21	Saya mengetahui manfaat mencuci piring setelah makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
22	Saya mengajak cara mencuci piring setelah makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
23	Saya mengajarkan dan membimbing cara mencuci piring setelah makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
24	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika mencuci piring setelah makan				
25	Saya mengetahui manfaat melibatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk merapikan rumah				
26	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk merapikan rumah				
27	Saya mengajarkan dan membimbing anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk merapikan rumah				
28	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika merapikan rumah				
29	Saya mengetahui manfaat melibatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk berbelanja ke warung/toko				
30	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk berbelanja ke warung/toko				
31	Saya mengajarkan dan membimbing anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk berbelanja ke warung/toko				
32	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika berbelanja ke warung/toko				
33	Saya mengetahui manfaat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari				
34	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari				
35	Saya mengajarkan dan membimbing anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari				
36	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika membuat jadwal kegiatan sehari-hari				
37	Saya mengetahui akibat membiarkan saja anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menyendiri di kamar				
38	Saya mengetahui akibat membiarkan saja jika anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tidak mau mengerjakan pekerjaan sehari-hari di rumah				

KUESIONER C

KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN SOSIALISASI

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan member tanda check/centang (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda: TP = Tidak Pernah, KK = Kadang-kadang, SR = Sering, SL = Selalu.
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Kegiatan yang saya lakukan pada anggota keluarga saya yang mengalami gangguan jiwa :	TP	KK	SR	SL
1	Saya mengetahui pentingnya berkomunikasi/mengobrol bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
2	Saya mengajak mengobrol anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
3	Saya mengetahui pentingnya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengobrol dengan anggota keluarga yang lain				
4	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengobrol dengan anggota keluarga yang lain				
5	Saya mengajarkan dan membimbing anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengobrol dengan anggota keluarga yang lain				
6	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika mengobrol dengan anggota keluarga yang lain				
7	Saya mengetahui pentingnya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengobrol dengan orang lain				
8	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengobrol dengan orang lain				
9	Saya mengajarkan dan membimbing anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengobrol dengan orang lain				
10	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ketika mengobrol dengan orang lain				
11	Saya mengetahui manfaat melibatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam kegiatan keluarga				
12	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam kegiatan keluarga				
13	Saya mengajarkan dan membimbing anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam kegiatan keluarga				
14	Saya mendampingi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam kegiatan keluarga				
15	Saya mengetahui manfaat memberikan pujian bila anggota keluarga dengan gangguan jiwa melakukan sesuatu yang baik				
16	Saya memberikan pujian bila anggota keluarga dengan gangguan jiwa melakukan sesuatu yang baik				

KISI-KISI KUESIONER

A. KUESIONER A

Berisi pertanyaan tentang data diri responden dan data diri klien/penderita skizofrenia

B. KUESIONER B

Berisi tentang kemampuan keluarga dalam meningkatkan ADL

No	Topik pertanyaan	Jumlah soal	No soal
1	Mandi	4	1,2,3,4
2	Berpakaian	4	5,6,7,8
3	Menyisir rambut	4	9,10,11,12
4	Gosok gigi	4	13,14,15,16
5	Menyiapkan makan	4	17,18,19,20
6	Mencuci piring	4	21,22,23,24
7	Merapikan rumah	4	25,26,27,28
8	Berbelanja	4	29,30,31,32
9	Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	4	33,34,35,36
10	Menyendiri	2	37,38

C. KUESIONER C

Berisi kemampuan keluarga dalam meningkatkan sosialisasi

No	Topik pertanyaan	Jumlah soal	No soal
1	Pujian	2	1,2
2	Mengobrol	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
3	Terlibat kegiatan keluarga	4	13,14,15,16

Lampiran 7

NO	DATA DIRI RESPONDEN KELOMPOK INTERVENSI							DATA DIRI KLIEN KELOMPOK INTERVENSI					
	USIA (Th)	JENIS KELAMIN	AGAMA	PENDIDIKAN TERAKHIR	PEKERJAAN	PENDAPATAN PER BULAN	HUBUNGAN DENGAN KLIEN	USIA (Th)	JENIS KELAMIN	LAMA MENDERITA (Th)	RUTINITAS BEROBAT	TEMPAT BEROBAT	JUMLAH KEKAMBUHAN
1	61	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	34	L	17	RUTIN	PKM	3
2	58	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	32	L	11	RUTIN	PKM	1
3	62	P	ISLAM	SD	PETANI	1 - 2 JUTA	ISTRI	68	P	11	RUTIN	PKM	2
4	51	L	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	SUAMI	48	P	8	RUTIN	PKM	1
5	68	P	ISLAM	SD	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	46	L	12	RUTIN	PKM	3
6	43	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	ISTRI	48	L	9	RUTIN	PKM	0
7	55	L	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	SUAMI	49	P	14	RUTIN	PKM	4
8	40	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	ANAK	68	P	19	TIDAK RUTIN		4
9	60	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	38	L	4	RUTIN	PKM	0
10	64	P	ISLAM	SD	TIDAK BEKERJA	1 - 2 JUTA	IBU	39	L	13	RUTIN	PKM	3
11	47	P	ISLAM	SMP	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ISTRI	51	L	14	TIDAK RUTIN		3
12	61	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	ISTRI	68	L	23	TIDAK RUTIN		5
13	64	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	37	L	17	RUTIN	PKM	3
14	57	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	31	P	17	RUTIN	PKM	2
15	46	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ANAK	71	P	21	RUTIN	PKM	4
16	59	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	34	P	13	RUTIN	PKM	3
17	48	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	23	L	2	RUTIN	PKM	0
18	61	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	36	P	2	RUTIN	PKM	0
19	70	P	ISLAM	TIDAK SEKOLAH	TIDAK BEKERJA	< 1 JUTA	IBU	51	L	17	RUTIN	PKM	3
20	51	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	24	P	8	RUTIN	PKM	0
21	56	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	SUAMI	49	P	11	RUTIN	PKM	2
22	59	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	28	L	6	RUTIN	PKM	0
23	58	P	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	IBU	37	P	13	RUTIN	PKM	3
24	47	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	ISTRI	51	L	4	RUTIN	PKM	0
25	69	P	ISLAM	SD	TIDAK BEKERJA	1 - 2 JUTA	IBU	48	P	16	TIDAK RUTIN		4
26	60	L	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	SUAMI	56	P	3	RUTIN	PKM	0

27	50	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	IBU	21	L	4	TIDAK RUTIN		3
28	61	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	36	L	4	TIDAK RUTIN		1
29	64	P	ISLAM	SD	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	34	L	16	RUTIN	PKM	3
30	44	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	ISTRI	50	L	15	TIDAK RUTIN		4
31	52	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	IBU	21	L	8	TIDAK RUTIN		2

NO	DATA DIRI RESPONDEN KELOMPOK KONTROL							DATA DIRI KLIEN KELOMPOK KONTROL					
	USIA (Th)	JENIS KELAMIN	AGAMA	PENDIDIKAN TERAKHIR	PEKERJAAN	PENDAPATAN PER BULAN	HUBUNGAN DENGAN KLIEN	USIA (Th)	JENIS KELAMIN	LAMA MENDERITA (Th)	RUTINITAS BEROBAT	TEMPAT BEROBAT	JUMLAH KEKAMBUHAN
1	53	L	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	SUAMI	49	P	19	RUTIN	PKM	2
2	52	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ANAK	71	P	22	TIDAK RUTIN		5
3	43	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	ANAK	71	P	10	TIDAK RUTIN		3
4	42	L	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	ANAK	71	P	4	TIDAK RUTIN		0
5	50	P	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	IBU	31	L	6	RUTIN	PKM	2
6	57	P	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	ANAK	80	L	8	RUTIN	RSUD	2
7	49	P	ISLAM	SMA	PETANI	< 1 JUTA	IBU	26	L	2	RUTIN	PKM	0
8	38	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ANAK	61	L	3	RUTIN	PKM	0
9	54	P	ISLAM	SD	PETANI	1 - 2 JUTA	ADIK	63	L	8	TIDAK RUTIN		2
10	61	P	ISLAM	SD	PETANI	< 1 JUTA	IBU	36	P	3	TIDAK RUTIN		1
11	42	L	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	ANAK	61	P	4	RUTIN	PKM	0
12	46	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	ISTRI	50	L	17	RUTIN	PKM	5
13	48	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ANAK	70	P	11	RUTIN	PKM	3
14	58	L	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	AYAH	31	L	7	RUTIN	PKM	0
15	44	P	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	ISTRI	46	L	16	TIDAK RUTIN		4
16	56	L	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	SUAMI	49	P	11	TIDAK RUTIN		3
17	47	L	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ANAK	76	P	20	TIDAK RUTIN		5
18	53	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	29	L	6	RUTIN	PKM	1
19	39	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	ANAK	61	L	18	RUTIN		4
20	43	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	ANAK	65	P	17	RUTIN	PKM	3
21	58	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	39	L	3	RUTIN	PKM	0
22	57	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	29	P	5	TIDAK RUTIN		3
23	43	P	ISLAM	SMP	PETANI	< 1 JUTA	ISTRI	50	L	15	RUTIN		2
24	71	P	ISLAM	TIDAK SEKOLAH	PETANI	< 1 JUTA	IBU	53	P	36	RUTIN	PKM	4
25	61	P	ISLAM	SD	TIDAK BEKERJA	< 1 JUTA	IBU	43	L	12	RUTIN	PKM	3

26	52	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	26	L	3	RUTIN	PKM	0
27	52	P	ISLAM	SMP	PETANI	1 - 2 JUTA	ISTRI	58	L	11	TIDAK RUTIN		3
28	42	P	ISLAM	SMA	PEDAGANG	1 - 2 JUTA	ANAK	61	P	2	RUTIN	PKM	0
29	50	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	KAKAK	41	L	6	TIDAK RUTIN		3
30	59	P	ISLAM	SMA	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	35	L	4	RUTIN	RSUD	1
31	60	P	ISLAM	SD	PETANI	1 - 2 JUTA	IBU	26	P	4	RUTIN	PKM	0

Lampiran 8

Reliability**Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	13	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	13	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.760	39

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
x1.1	3.31	.480	13
x1.2	3.15	.555	13
x1.3	2.31	1.032	13
x1.4	2.46	.967	13
x1.5	3.31	.480	13
x1.6	3.15	.555	13
x1.7	2.46	1.050	13
x1.8	2.46	1.050	13
x1.9	3.15	.555	13
x1.10	3.08	.641	13
x1.11	2.46	1.050	13
x1.12	2.54	1.050	13
x1.13	2.62	.650	13
x1.14	1.62	.650	13
x1.15	1.62	.650	13
x1.16	1.62	.650	13
x1.17	2.77	.725	13
x1.18	2.23	.725	13
x1.19	2.00	.816	13
x1.20	2.00	.816	13
x1.21	2.62	.768	13
x1.22	2.46	.660	13
x1.23	2.00	.816	13
x1.24	2.08	.760	13
x1.25	2.69	.630	13
x1.26	2.54	.776	13
x1.27	2.15	.899	13
x1.28	2.15	.899	13
x1.29	1.92	.862	13

x1.30	1.69	.751	13
x1.31	1.62	.650	13
x1.32	1.69	.751	13
x1.33	2.54	.660	13
x1.34	2.23	.725	13
x1.35	2.00	.913	13
x1.36	1.92	.862	13
x1.37	2.85	.899	13
x1.38	2.77	.927	13
total	90.23	24.910	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
x1.1	177.15	2445.308	.770	.757
x1.2	177.31	2438.897	.783	.756
x1.3	178.15	2388.141	.921	.750
x1.4	178.00	2395.500	.905	.751
x1.5	177.15	2445.308	.770	.757
x1.6	177.31	2438.897	.783	.756
x1.7	178.00	2388.667	.900	.751
x1.8	178.00	2384.667	.939	.750
x1.9	177.31	2437.231	.814	.756
x1.10	177.38	2428.256	.847	.755
x1.11	178.00	2384.667	.939	.750
x1.12	177.92	2384.744	.939	.750
x1.13	177.85	2440.141	.646	.756
x1.14	178.85	2444.474	.578	.757
x1.15	178.85	2444.474	.578	.757
x1.16	178.85	2444.474	.578	.757
x1.17	177.69	2427.397	.758	.755
x1.18	178.23	2423.859	.809	.754
x1.19	178.46	2406.436	.936	.752
x1.20	178.46	2406.436	.936	.752
x1.21	177.85	2420.974	.801	.754
x1.22	178.00	2432.667	.752	.755
x1.23	178.46	2406.436	.936	.752
x1.24	178.38	2416.423	.872	.753
x1.25	177.77	2425.526	.905	.754
x1.26	177.92	2417.244	.842	.754
x1.27	178.31	2402.064	.899	.752
x1.28	178.31	2402.064	.899	.752
x1.29	178.54	2412.436	.814	.753
x1.30	178.77	2417.026	.874	.754
x1.31	178.85	2430.474	.798	.755
x1.32	178.77	2417.026	.874	.754
x1.33	177.92	2430.077	.793	.755
x1.34	178.23	2423.526	.813	.754
x1.35	178.46	2399.603	.913	.752

x1.36	178.54	2408.769	.858	.753
x1.37	177.62	2405.090	.865	.752
x1.38	177.69	2396.064	.939	.751
total	90.23	620.526	1.000	.988

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
180.46	2.482E3	49.821	39

Lampiran 9

Descriptive Statistics Kemampuan Keluarga Meningkatkan ADL

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_ADL_intervensi	31	56	152	92.32	22.896
post_ADL_intervensi	31	114	152	135.52	15.545
pre_ADL_kontrol	31	52	129	81.74	21.828
post_ADL_kontrol	31	52	129	83.52	20.539
Valid N (listwise)	31				

Descriptive Statistics Kemampuan Keluarga Meningkatkan Sosialisasi

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_sosialisasi_intervensi	31	16	64	39.48	12.102
post_sosialisasi_intervensi	31	44	64	56.16	7.457
pre_sosialisasi_kontrol	31	16	59	36.45	10.560
post_sosialisasi_kontrol	31	21	59	36.90	9.877
Valid N (listwise)	31				

Group Statistics

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
selisih ADL kelompok intervensi	31	43.19	21.734	3.904
kelompok kontrol	31	1.45	3.837	.689

Uji Beda Independent Samples Test untuk Kemampuan keluarga meningkatkan ADL

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
selisih ADL Equal variances assumed	37.870	.000	10.531	60	.000	41.742	3.964	33.813	49.671
Equal variances not assumed			10.531	31.868	.000	41.742	3.964	33.666	49.817

Group Statistics

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
selisih sosialisasi kelompok intervensi	31	16.68	7.382	1.326
kelompok kontrol	31	.45	1.410	.253

Uji Beda Independent Samples Test untuk Kemampuan keluarga meningkatkan Sosialisasi

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
selisih sosialisasi	Equal variances assumed	16.273	.000	12.021	60	.000	16.226	1.350	13.526	18.926
	Equal variances not assumed			12.021	32.187	.000	16.226	1.350	13.477	18.975

Uji normalitas

Case Processing Summary

kelompok_intervensi		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
pre_ADL_intervensi	1	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
post_ADL_intervensi	1	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

Tests of Normality

kelompok_intervensi		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pre_ADL_intervensi	1	.107	31	.200 [*]	.963	31	.351
post_ADL_intervensi	1	.227	31	.000	.826	31	.000

Case Processing Summary

kelompok_kontrol		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
pre_ADL_kontrol	2	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
post_ADL_kontrol	2	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

Tests of Normality

kelompok_kontrol		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pre_ADL_kontrol	2	.156	31	.052	.928	31	.038
post_ADL_kontrol	2	.187	31	.008	.931	31	.048

Case Processing Summary

Kelompok intervensi	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pre_sosialisasi_intervensi 1	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
post_sosialisasi_intervensi 1	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

Tests of Normality

kelompok_i ntervensi	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pre_sosialisasi_intervensi 1	.096	31	.200*	.964	31	.375
post_sosialisasi_intervensi 1	.218	31	.001	.812	31	.000

a. Lilliefors Significance
Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Case Processing Summary

kelompok _kontrol	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pre_sosialisasi_kontrol 2	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%
post_sosialisasi_kontrol 2	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

Tests of Normality

kelompok _kontrol	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pre_sosialisasi_kontrol 2	.179	31	.012	.923	31	.028
post_sosialisasi_kontrol 2	.182	31	.011	.911	31	.014

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

Kelompok		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
pre_ADL	intervensi	31	92.32	22.896	4.112
	kontrol	31	81.74	21.828	3.920
pre_sosialisasi	intervensi	31	39.48	12.102	2.174
	kontrol	31	36.45	10.560	1.897

Uji Homogenitas Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
pre_ADL	Equal variances assumed	.006	.937	1.862	60	.067	10.581	5.682	-.784	21.945
	Equal variances not assumed			1.862	59.864	.067	10.581	5.682	-.785	21.946
pre_sosialisasi	Equal variances assumed	.632	.430	1.051	60	.297	3.032	2.885	-2.738	8.803
	Equal variances not assumed			1.051	58.920	.297	3.032	2.885	-2.740	8.805

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post_ADL	62	109.52	31.834	52	152
post_sosialisasi	62	46.53	13.022	21	64
Kelompok	62	1.50	.504	1	2

Ranks

Kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_ADL	intervensi	31	45.95	1424.50
	kontrol	31	17.05	528.50
	Total	62		
post_sosialisasi	intervensi	31	44.66	1384.50
	kontrol	31	18.34	568.50
	Total	62		

Test Statistics^a

	post_ADL	post_sosialisasi
Mann-Whitney U	32.500	72.500
Wilcoxon W	528.500	568.500
Z	-6.328	-5.771
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000

a. Grouping Variable: Kelompok

Paired t test**Paired Samples Statistics**

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pre_sosialisasi_kontrol	36.45	31	10.560	1.897
post_sosialisasi_kontrol	36.90	31	9.877	1.774

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pre_sosialisasi_kontrol & post_sosialisasi_kontrol	31	.993	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 pre_sosialisasi_kontrol - post_sosialisasi_kontrol	-.452	1.410	.253	-.969	.066	-1.783	30	.085

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pre_ADL_kontrol	81.74	31	21.828	3.920
post_ADL_kontrol	83.52	31	20.539	3.689

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pre_ADL_kontrol & post_ADL_kontrol	31	.988	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 pre_ADL_kontrol - post_ADL_kontrol	-1.774	3.509	.630	-3.061	-.487	-2.815	30	.009

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post_ADL	62	109.52	31.834	52	152
post_sosialisasi	62	46.53	13.022	21	64
Kelompok	62	1.50	.504	1	2

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_ADL	intervensi	31	45.95	1424.50
	kontrol	31	17.05	528.50
	Total	62		
post_sosialisasi	intervensi	31	44.66	1384.50
	kontrol	31	18.34	568.50
	Total	62		

Test Statistics^a

	post_ADL	post_sosialisasi
Mann-Whitney U	32.500	72.500
Wilcoxon W	528.500	568.500
Z	-6.328	-5.771
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000

a. Grouping Variable: Kelompok

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
pre_ADL	intervensi	31	92.32	22.896	4.112
	kontrol	31	81.74	21.828	3.920
pre_sosialisasi	intervensi	31	39.48	12.102	2.174
	kontrol	31	36.45	10.560	1.897

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
										95% Confidence Interval of the Difference
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
pre_ADL	Equal variances assumed	.006	.937	1.862	60	.067	10.581	5.682	-.784	21.945
	Equal variances not assumed			1.862	59.864	.067	10.581	5.682	-.785	21.946
pre_sosialisasi	Equal variances assumed	.632	.430	1.051	60	.297	3.032	2.885	-2.738	8.803
	Equal variances not assumed			1.051	58.920	.297	3.032	2.885	-2.740	8.805

Wilcoxon

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre_sosialisasi_intervensi	31	39.48	12.102	16	64
post_sosialisasi_intervensi	31	56.16	7.457	44	64

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_sosialisasi_intervensi - Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
pre_sosialisasi_intervensi Positive Ranks	30 ^b	15.50	465.00
Ties	1 ^c		
Total	31		

a. post_sosialisasi_intervensi < pre_sosialisasi_intervensi

b. post_sosialisasi_intervensi > pre_sosialisasi_intervensi

c. post_sosialisasi_intervensi = pre_sosialisasi_intervensi

Test Statistics^b

	post_sosialisasi_intervensi - pre_sosialisasi_intervensi
Z	-4.811 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre_ADL_intervensi	31	92.32	22.896	56	152
post_ADL_intervensi	31	135.52	15.545	114	152

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_ADL_intervensi -	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
pre_ADL_intervensi	Positive Ranks	30 ^b	15.50	465.00
	Ties	1 ^c		
	Total	31		

a. post_ADL_intervensi < pre_ADL_intervensi

b. post_ADL_intervensi > pre_ADL_intervensi

c. post_ADL_intervensi = pre_ADL_intervensi

Test Statistics^b

	post_ADL_intervensi - pre_ADL_intervensi
Z	-4.784 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	13	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.988	16

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
x2.1	2.77	1.092	13
x2.2	2.85	1.068	13
x2.3	2.77	1.092	13
x2.4	2.77	1.092	13
x2.5	2.54	1.266	13
x2.6	2.62	1.121	13
x2.7	2.46	.877	13
x2.8	2.31	.751	13
x2.9	2.08	.862	13
x2.10	2.23	.725	13
x2.11	2.46	.967	13
x2.12	2.38	.870	13
x2.13	2.31	.855	13
x2.14	2.31	.855	13
x2.15	2.62	.961	13
x2.16	2.62	.961	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
x2.1	37.31	175.397	.985	.986
x2.2	37.23	176.359	.972	.986
x2.3	37.31	175.397	.985	.986
x2.4	37.31	175.397	.985	.986
x2.5	37.54	172.936	.917	.987
x2.6	37.46	180.269	.782	.989
x2.7	37.62	184.423	.835	.988
x2.8	37.77	187.026	.851	.988
x2.9	38.00	183.500	.892	.987
x2.10	37.85	185.974	.939	.987
x2.11	37.62	180.590	.906	.987
x2.12	37.69	182.397	.933	.987
x2.13	37.77	183.359	.907	.987
x2.14	37.77	183.359	.907	.987
x2.15	37.46	179.936	.940	.987
x2.16	37.46	179.936	.940	.987

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
40.08	205.077	14.321	16

Mann-Whitney Test

Ranks			
kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil kelompok intervensi	31	46.32	1436.00
kelompok kontrol	31	16.68	517.00
Total	62		

Test Statistics ^a	
	hasil
Mann-Whitney U	21.000
Wilcoxon W	517.000
Z	-6.566
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

Mann-Whitney Test

Ranks			
kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hasil kelompok intervensi	31	46.39	1438.00
kelompok kontrol	31	16.61	515.00
Total	62		

Test Statistics ^a	
	hasil
Mann-Whitney U	19.000
Wilcoxon W	515.000
Z	-6.840
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok